

Acta Sana

„Mens sana in corpore sano”

Az egészségügyi és a szociális ellátás elmélete és gyakorlata

A Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar
Tudományos Lapja

2012.
VII. évfolyam 1. szám

Az egészségügyi és a szociális ellátás elmélete és gyakorlata
A Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és
Szociális Képzési Kar Tudományos Lapja

2012.
VII. évfolyam 1. szám

TARTALOMJEGYZÉK

A „kintvaló nép” a Kisteleki kistérség településein	7
Ágoston Magdolna - Duró Annamária PhD	
A család hatása az étkezési szokásokra a gyermekkori elhízás szempontjából	19
Lantos Katalin - dr. Ináncsy-Pap Judit	
Vizuális médiahatások és a testi elégedettség kapcsolata	24
Pukánszky Judit	
Hallgatói oldal	
<i>Coming out. Coming out?! A leszbikus, meleg, biszexuális és transznemű (LMBT) emberek identitásfejlődése az előítéletek keresztltüzében</i>	31
Versegi Anikó	
Tudományos Fórum	
<i>Változások a congenitalis vitiummal született gyermekek ellátásában az elmúlt 30 évben</i>	41
Gábor Katalin PhD	
<i>Az antibiotikum rezisztencia terjedése Európába</i>	43
Gunics Gyöngyi PhD	
<i>Fókuszban a NASH (Nem Alkoholos Steatohepatitis)</i>	45
Jármay Katalin PhD	
<i>Homeopátia: a népszerű, de vitatott komplementer gyógymód</i>	47
Joó Gabriella PhD	
<i>Vércukorszint-szabályozás és anyagcsere kapcsolata</i>	51
Serfőző Gyöngyi	

**The Theory and Practice of the Health and Social Service
Scientific Journal of University of Szeged
Faculty of Health Sciences and Social Studies**

**2012.
Vol. 7. No. 1.**

CONTENTS

Scattered farmstead residents in the settlements of the Kistelek small region	6
Magdolna Ágoston - Annamária Duró PhD	
The effect of the family on the eating habits from the aspect of childhood obesity	18
Katalin Lantos - Judit Ináncsy-Pap PhD	
The relationship between media images and body dissatisfaction	23
Judit Pukánszky	
Student Site	
<i>Coming out. Coming out?! A leszbikus, meleg, biszexuális és transznemű (LMBT) emberek identitásfejlődése az előítéletek keresztjében</i>	31
Versegi Anikó	
Scientific Forum	
<i>Változások a congenitalis vitiummal született gyermekek ellátásában az elmúlt 30 évben</i>	41
Gábor Katalin PhD	
<i>Az antibiotikum rezisztencia terjedése Európába</i>	43
Gunics Gyöngyi PhD	
<i>Fókuszban a NASH (Nem Alkoholos Steatohepatitis)</i>	45
Jármay Katalin PhD	
<i>Homeopátia: a népszerű, de vitatott komplementer gyógymód</i>	47
Joó Gabriella PhD	
<i>Vércukorszint-szabályozás és anyagcsere kapcsolata</i>	51
Serfőző Gyöngyi	

Bevezető gondolatok az ACTA SANA-Tudományos Fórum indítására

Az Acta Sana periódika számára a Hallgatói Oldal „útra indítása” alkalomával már előkészületben tartottunk egy újabb fejezet kialakítását, mely elképzeléseinkben a periódika „in statu nascendi” állapotában igényként felmerült:

Egy szakmai folyóiratnak szüksége van egy olyan olvasói fórumra, mely biztosítja az élő párbeszédet az írók és olvasók tábora között, azaz állandó oda-vissza jelzést kapunk arról, hogy melyek azok a kérdések, melyek olvasóinkat érdeklik, melyek azok a témák illetve kutatási területek, amelyek aktualitással bírnak, illetve irányt mutathatnak az egészségügy, oktatásügy illetve a szociális munka feladatainak vonatkozásában. A Tudományos Fórum célja lenne kaleidoszkópszerűen bemutatni az egyes – Karunkon működő – tanszékek és szakcsoportok tudományterületeinek aktualitásait.

Reményeink szerint hallgatóink is forgatják eddigi számainkat. Hatékony oktatási lehetőségnek tartom az elektromos tankönyvek és a coospace alkalmazása idején is megragadni az adódó alkalmat arra, hogy egy-egy számban aktuális üzeneteket – un. „take home message”-ket – közöljünk hallgatóink felé is az oktatás, tudomány egy-egy új eredményének akár csak félhasábos közlésével.

Az Alkalmazott Orvostudományi Szakcsoport munkatársai nyitják meg a „forgószínpadot”, melyre kollégáimmal elkészítettük tudományterületeink fontosnak és újnak tartott ismeretanyagainak összefoglaló közlését. A fórum indításával azon törekvésünket kívánjuk megvalósítani, hogy színvonalas, belső továbbképzést hozzunk létre magunk és hallgatóink számára.

Ezen bevezető gondolatokkal indítom a Tudományos Fórumot, mely reményeink szerint élénk érdeklődésre számíthat a periódika egyes fejezeteinek forgatása alkalmával.

Jármay Katalin PhD

főiskolai tanár

A Hallgatói oldal és a Tudományos Fórum
rovatok felelős szerkesztője

A „kintvaló nép” a Kisteleki kistérség településein

Ágoston Magdolna - Duró Annamária PhD

SZTE Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar

Szociális Munka és Szociálpolitika Tanszék

e-mail: agoston@etszk.u-szeged.hu, duroa@etszk.u-szeged.hu

Kulcsszavak: kistérség, helyi társadalom, tanya, települési és társadalmi hátrány, előregedés, szegénység, tanyagondnok

Összefoglaló

Az a tanya, amely a mezőgazdaság településformájaként született meg az alföldi mezővárosok határában s amelynek lakói évszázadokon át zárt közösséget alkottak, ma már a múlté. A földtulajdon-viszonyok változása és a tanyaközségek születése átalakította a „kintvaló nép” életének kereteit: a tősgyökeres tanyaiaikon kívül, akiket napjainkban leginkább az idősebb generációik képviselnek, a rendszerváltás óta olyanok is megtelepedtek itt, akiket már nem a föld, hanem a természetközeli lakóhely vonz, akik a szegénység elől menekülve menedéket vagy épp ellenkezőleg, tehetősek lévén befektetési lehetőséget keresnek. Ha e társadalmi csoportok tagjainak értékrendje, igényei és érdekei különböznek is, életükben van valami közös: mindannyiuknak jelentős távolságokat kell legyőzniük ahhoz, hogy az egykori anyavárosok vagy a mai faluközpontok belterületén elérhető szolgáltatásokat igénybe véve teljesebb emberi életet élhessenek.

Tanulmányunkban az egyik leghátrányosabb helyzetű kistérség, Kistelek és a környező öt település – Baks, Balástya, Csengele, Pusztaszer és Ópusztaszer – mai külterületi lakosságáról adunk képet, akiket a települési hátrányok mellett társadalmi hátrányok is sújtanak. Pillanatfelvételünk a helyi szociális szolgáltatásfejlesztési koncepció megújítását szolgáló, kérdőíves adatfelvételre és statisztikai elemzésre épülő háttérkutatás főbb eredményei alapján készült. Ezeket a *Gyerekesély* pályázat előkészítését segítő *Kistérségi tükör* dokumentumaival vetjük össze és a tanyabejárások alkalmával szerzett személyes tapasztalatokkal egészítjük ki. A településkörnyezet sajátosságairól és a tanyán élők szociális státuszáról szólva azokat a problémákat emeljük ki, amelyek véleményünk szerint szociálpolitikai beavatkozást igényelnek, mint például a múlt örökségének számító ingatlanok, a nehezített közlekedés, a víz- és csatornahálózat hiánya, az előregedés, az egyedülálló idősök jelentős aránya, a magas munkanélküliség, a jövedelmi szegénység, a gyermekszegénység és az eladósodás.

Egy ember, aki egy kisbusszal mindent megold – az intézményhiányból fakadó települési hátrányok csökkentésére született egy jellegzetesen hazai megoldás: a civil kezdeményezésből országos gyakorlattá szélesedett falu- és tanyagondnoki szolgálat. A kisteleki helyzetképből kiindulva azt is megvizsgáljuk, hogy ez a gondoskodási forma milyen válaszokat ad a helyi problémákra és hogyan illeszkedik a szociális ellátás magyarországi intézményrendszerébe.

A tanya szó hallatán az alföldi táj idilli képe jelenik meg szemünk előtt: fehérre meszelt falak, ringatózó búzatáblák, susogó nyárfák, távolba futó dűlőutak... Pedig a mezőgazdaság e településformája s a hozzákapcsolódó paraszti életmód, ami emberléptékűvé tette és élettel töltötte meg a mezővárosok tágas határát, ma már a múlté; új élet formálódik a régi keretek között.

A 20. század évtizedei alatt, amikor közel 150 új település került rá az Alföld térképére, visszavonhatatlanul megváltozott mezőváros és tanyavilága kapcsolata. Azok a határrészek ugyanis, amelyek évszázadokon át a tanyásodás színterei voltak, jórészt új falusi központok külterületeivé lettek. Akár a kinn élők összefogásával megvalósuló *társadalmassulás*, akár a központi hatalom

akarátát kifejező *községesítés* eredményeként születtek meg, a távoli városi központok helyett immár e tanyaközségek belterülete hivatott biztosítani a tanyán élők alapellátását. De míg Alsó- és Felsőtanya népe állandó tanyai lakosként is „*hazajárt*” Szegedre, mai utódaik egyszerűen csak „*bemennek*” a faluba – Domaszékra, Ruzsára vagy éppen Csengelére.

A határban álló lakóházak képéhez a gazdasági épületek csoportja és a művelt földterület egykor elválaszthatatlanul hozzátartozott. A tanyás gazdálkodás a magánbirtoklásra épült, a földtulajdon-viszonyok többszöri, gyors és ellentétes irányú átrendezése azonban, amit a földosztás (1945), a kollektivizálás (1948-1961), majd az agrárprivatizáció (1990) hozott, megingatta ezt a biztonságot. A tanya ma már távolról sem csak a mezőgazdaságból élők lakóhelye és téves elképzelés az is, hogy aki itt lakik, természetes módon ért a földhöz és a jószágához. Ami az előttünk járó nemzedékek számára elképzelhetetlen volt, tanyán lakni föld nélkül éppúgy lehet, mint gazdálkodni tanya nélkül.

A tsz-szervezés és a községesítés kettős szorításában megtört a tanyásodás évszázados lendülete: a kirajzás helyett az elvándorlás és a fiatal faluközpontokba való beköltözés lett a népességmozgás fő iránya, ami a külterületen élők lélekszámának soha nem látott mértékű megfogyatkozásához vezetett. Míg 1949-ben 1,1 millió embernek jelentett állandó otthont a tanya, akik az alföldi megyék lakosságának mintegy egyharmadát tették ki, 1990-re alig 200 ezerre csökkent a számuk és 6%-ra az arányuk. A legnagyobb veszteséget az állattenyésztésre és gabonatermesztésre specializálódott feketeföldi területek szenvedték el; a művelési ágak egyensúlyára épülő homoki tanyák¹ jobban helyhez kötötték az embereket.

Azok a zárt tanyai közösségek, amelyek tagjai szemében a betelepülők első nemzedéke csak „*sönkinek*”, s helyben született gyermekei is „*gyütmöntnek*” számítottak², a rendszerváltás után kinyíltak. A tösgyökeresek mellett, akik körében nemzedékről nemzedékre öröklődött a tanya s vele egy életforma, olyan új társadalmi csoportok képviselői is megjelentek itt, akiket már nem a föld, hanem a természet közelsége, az olcsóbb megélhetés reménye, a közösség elől való elejtőzés vágya vagy éppen a befektetés lehetősége vonz. Mivel ezeknek az embereknek igencsak különböző az értékrendjük, mások az érdekeik és eltérők az igényeik, beilleszkedésük egyáltalán nem problémamentes.

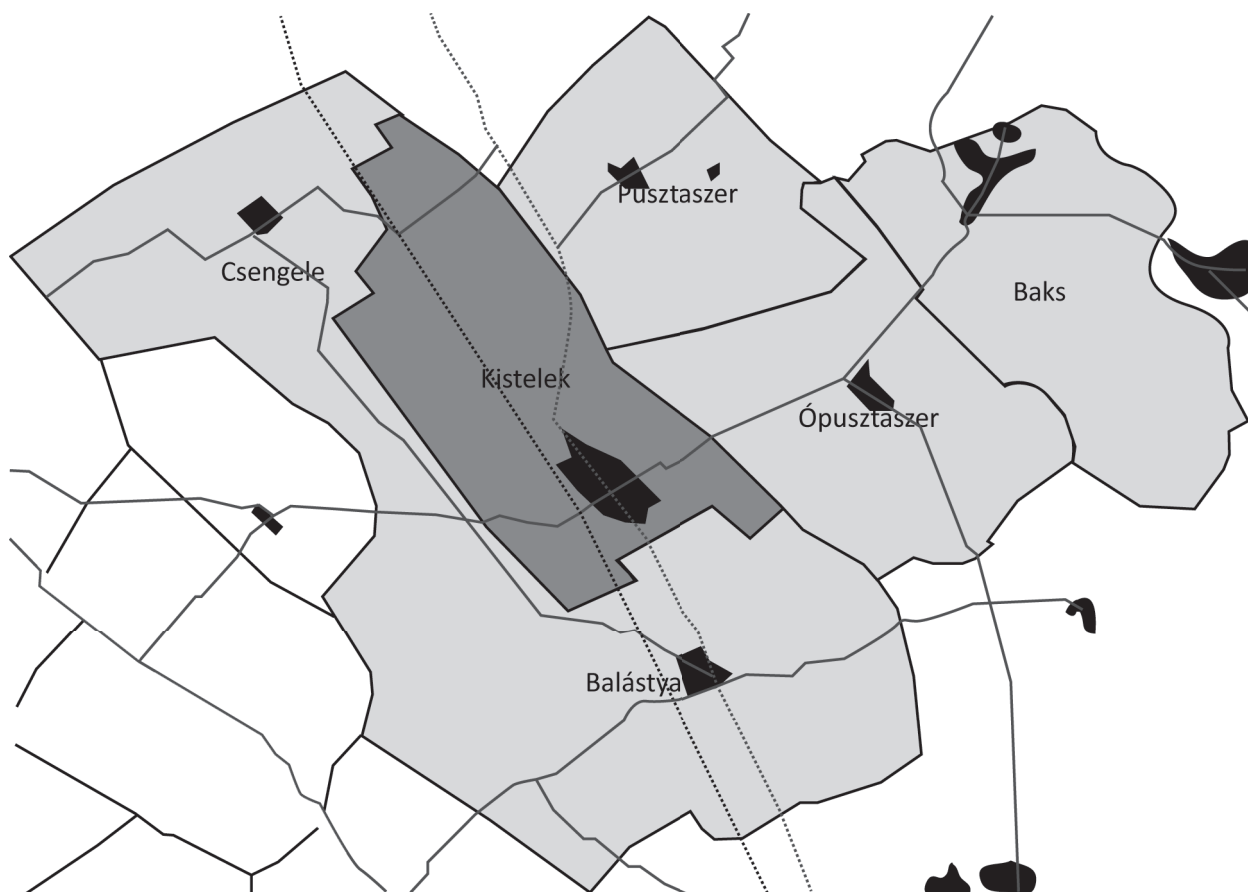
Tanyáink sorsával együtt azok külső képe is átalakult. A külterületi építési tilalom (1949-1986) feloldása után, ami évtizedekre megakadályozta azt, hogy a tanyai lakókörnyezetet hozzá lehessen igazítani a megváltozott emberi igényekhez, aki csak tehetette, meg akarta élni az építkezés szabadságát. A hagyományos hosszúházak mellett így aztán olyan tornyos-boltíves tanyákat is láthatunk a határban, amelyek falusi háznak is beillenek. A figyelmes szemlélőnek ezek az épületek elárulják azt is, hogy van-e állandó lakójuk vagy csupán időszakosan használják őket tulajdonosaik, s hogy tehetősek vagy épp ellenkezőleg: szegénységben élnek-e ezek az emberek.

Csak egyvalami nem változott: a tanyai életforma ma is állandó jövés-menéssel jár. Ahhoz, hogy a külterületek lakói otthonukból kiindulva megélhessék az élet teljességét s gyakorolhassák a munka, az ellátás, a képzés, a közlekedés-kommunikáció, a pihenés és a közösségben élés ún. társadalmi alapfunkcióit, ma is jelentős távolságokat kell megtenniük. Akik képesek erre a saját erejükből, élvezni tudják a természetközeli lakóhely kínálta előnyöket, ám akik nem, azok az öregséghez, a betegséghez, a szegénységhez, az iskolázatlansághoz vagy a munkanélküliséghez kapcsolódó társadalmi hátrányok szorításában sokkal inkább megérzik az intézményhiányból fakadó települési hátrányokat. Ezek az emberek így nemcsak földrajzi értelemben tartoznak a „*kintvaló nép*”³ tagjai közé, hanem társadalmi értelemben is perifériára kerülnek, ahogy azt a Kisteleki kistérség hat településén készült 2011-es pillanatfelvétel mutatja.

A Kisteleki kistérség főbb jellemzői

A Kisteleki kistérség a Dél-alföldi Régióban, Csongrád megye észak-nyugati részén helyezkedik el. Területe 410 km², népessége 18.538 fő volt 2010. január 1-jén. Ez a megye második legkisebb területű és a legkisebb lakosságú kistérsége. Népsűrűsége 45,2 fő/km², ami alig fele a megyei átlagnak. A kistérség a harminchárom leghátrányosabb helyzetű magyar kistérség egyike; ezt a minősítést a külterületeken élők aránya és társadalmi-gazdasági helyzete miatt kapta. Hat település tartozik hozzá: Baks, Balástya, Csengele, Kistelek, Ópusztaszer és Pusztaszer. A legnagyobb közigazgatási területe Balástyának, a legtöbb lakója pedig az 1989-ben városi rangra emelkedett Kisteleknek, a kistérség központjának van. (1. ábra)

A Kisteleki kistérség szétszórott tanyavilággal, nagy kiterjedésű külterületi lakott helyekkel rendelkezik, amelyek a települések területének mintegy nyolctizedét teszik ki. A hat településhez 36



1. ábra: A Kisteleki kistérség települései

Forrás: VÁTI TEIR: <https://teir.vati.hu/>

külterületi lakott hely tartozott 2001-ben, ezek felében 100 főnél többen laktak. A kistérség helyzetét, ellátottságát jelentősen befolyásolja, hogy – a 2001-es adatok szerint – a lakosság közel háromtizede külterületen élt. A tanyaiak számottevő aránya különösen Csengelére (57%) és Balástyára (63%) jellemző. A kistérség népessége 2009-ig folyamatosan csökkent, 2010-re viszont kismértékű növekedés mutatkozott. Az egy évvel korábbi állapothoz képest Balástya, Csengele és Ópusztaszer népessége növekedett, a másik három településé csökkent. A terepbejárás tapasztalatai azt mutatják, hogy a népesség mozgásában jelentős tényező volt az elszegényedés elől a városokból a tanyákra történő „kiköltözés”. Több olyan családdal találkoztunk, akik az ország keleti vagy északi régióiból érkeztek. A betelepülők elsősorban az olcsó, régi, hagyományos építésű tanyákat vették meg, melyek már akkor felújításra szorultak volna.

A kistérség lakosságának korösszetétele valamivel kedvezőtlenebb a megyei átlagnál. Csongrád megyéhez hasonlóan a Kisteleki kistérségre is az

öregedés jellemző: 2010. január 1-jén a népesség 13,6%-a volt gyermekkorú, 67,6%-a 15-64 éves a 65 éves és idősebbek aránya pedig 18,8%-ot tett ki. (1. táblázat)

Terület	Gyermekek	Idősek	Eltartottak aránya (%)	Öregedési index (%)
	eltartottsági rátája (%)			
Kisteleki kistérség	20,0	27,8	47,8	138,8
Csongrád megye összesen	20,2	24,9	45,0	123,4

1. táblázat: Eltartottsági indexek

A Kisteleki kistérség lakásállománya 2009 végén 8.947 lakásból állt, ami 15-tel volt több az egy évvel korábbinál. A lakások közműellátottságát jelentősen befolyásolja, hogy – a 2001-es adatok szerint – a lakásállomány mintegy háromtizede a külterületen található; de a belterületi lakások ellátottsága is meglehetősen hiányos. 2009 végén minden településen elérhető volt a vezetékes víz, azonban a lakásoknak csupán 69%-a kapcsolódott be a közüzemi ivóvíz-hálózatba. Ennek okai között

jelentős szerepe van a tanyák nagy számának. A közcsonna-hálózat kiépítettségi szintje a fejlesztések ellenére is jóval kedvezőtlenebb, mint a vízhálózaté. 2009-ben a kistérség településeinek felében – Bakson, Csengelén és Pusztaszeren – nincs kiépítve a közüemi szennyvízcsatorna-hálózat, de a többi településen is alacsony a csatornázottság.

A kutatásról

A TÁMOP 5.4.4. pályázatra épülő „Szociális szakemberek kompetenciáinak fejlesztése, megerősítése a Kisteleki kistérségben megújuló szolgáltatás-fejlesztési koncepció tükrében” című projekt 2010. június 1-jén indult⁴, melyben a Kistelek Környéki Települések Többcélú Társulása mellett konzorciumi partnerként vettünk részt Ágoston Magdolna szakmai vezetésével⁵. E tanulmányban a kistérség szociális szolgáltatás-fejlesztési koncepciójának megújítását szolgáló háttérkutatásról, annak is a tanyákat érintő fontosabb megállapításairól számolunk be, és összevetjük azokat a kistérség TÁMOP 5.2.3. *Gyerekesély pályázatának* előkészítése során készült *Kistérségi Tükör*⁶ dokumentumaival, illetve a szakmai vezető tanyabejárásának tapasztalataival. A terjedelmi korlátok miatt csak azokat a problémákat emeljük ki, amelyek véleményünk szerint szociálpolitikai beavatkozást igényelnek, mint például a múlt örökségének számító ingatlanok, a nehezített közlekedés, a víz- és csatornahálózat hiánya, az előregedés, az egyedülálló idősök jelentős aránya, a magas munkanélküliség, a jövedelmi szegénység, a gyermek-szegénység és az eladósodás.

Kutatásunk alapját egy 700 elemű reprezentatív minta jelentette. (2. táblázat) A belterületi lakosokkal harmadéves szociális munkás szakos hallgatók vették fel a kérdőíveket a kutatómódszertan sze-

minárium keretében, a külterületen élőket pedig a tanyagondnokok és a családgondozók keresték fel. A kapott adatok feldolgozását a KSH szakemberei végezték Kocsis-Nagy Zsolt vezetésével, az Innoratio Kutatóintézet Nonprofit Kft. közreműködésével.

A kutatás eredményei

A háztartások összetétele

Figyelemre méltó, hogy az egyszemélyes háztartások aránya Balástyán és Kisteleken közel egy százalékponttal, míg Pusztaszeren több mint 7 százalékponttal haladja meg a térségi átlagot. Pusztaszer határában található az ún. Munkástelep⁷, ami nem szegregátum és nem tanyabokor, de a település központjától több kilométerre esik. Közigazgatási értelemben a községhez tartozik még a Tömörkénymajornak nevezett tanyabokor, a Feketealmitanyák és a Pusztaszeritanyák is. Ezeken a lakóterületeken kiugróan magas az egyedülálló idősök száma.

A korösszetétel településenként

A kistérség háztartásainak 7%-ában 21 év alatti, közel 30%-ában 21-40 év, szintén 30%-ában 41-60 év és 33%-ában 60 év feletti az átlagéletkor. Ez is alátámasztja azt, hogy a népesség öregedési folyamata az utóbbi 10 évben tovább erősödött, sőt a tendencia várhatóan a jövőben is folytatódik. Csengelén és Pusztaszeren a megkérdezettek háztartásainak átlagéletkora lényegesen magasabb, mint a kistérségi átlag. E települések vizsgált háztartásainak közel 70%-ában 40 év felett van az átlagéletkor.

Település	A keret nagysága	Mintaelem-szám arányos allokáció mellett	Végző mintaelem-szám	A kutatásba bevont külterületi mintaelem-számok
Baks	818	78	80	0
Balástya	1.384	132	133	89
Csengele	811	77	80	45
Kistelek	2.918	279	247	81
Pusztaszer	677	65	80	26
Ópusztaszer	723	69	80	26

2. táblázat: Településenkénti mintaelem-szám

Kor és háztartástípus szerinti összetétel

A Csengele egyszemélyes háztartásaiban élők 92%-a idősebb 50 évesnél, ami a térségi átlagot 2 százalékponttal meghaladja. Ez az arány még Ópusztaszeren is magasabb a kistérség településeinek együttes átlagánál, Balástyán és Pusztaszeren viszont valamivel alacsonyabb annál. Pusztaszeren és Kisteleken a 60 évesek és idősebbek 45, illetve 42%-a él egyedül. Az összes megkérdezett 31%-a nyugdíjas, 28%-uk 74 évesnél idősebb; arányuk Csengelén és Ópusztaszeren valamivel magasabb. E csoport tagjai közül kiugróan sokan élnek külterületen. A kistérségben működő jelzőrendszeres házi segítségnyújtás jelenleg az igényeknek csupán töredékét képes kielégíteni.

A tanyabejárások alkalmával azt tapasztaltuk, hogy az egyedülálló idősök számára természetes és mással fel nem cserélhető a tanyai életforma: részben azért, mert korukból adódóan nehezen alkalmazkodnak, részben azért, mert többségük egész életét ott élte le. Otthon vannak tanyájukon az élet minden területén és semmiféle „előnyért” nem hajlandók elhagyni azt. Azt is tapasztaltuk, hogy a tanyagondnokok kevesen vannak az idősök társas igényeihez képest. Többen egyetlen bajukként említették, hogy hétszám nincs kivel beszélgetniük. A tanyagondnokok idejébe nem fér egy-egy félórás beszélgetés, pedig ez nagyon sokat jelentene a külterületen élők egészsége szempontjából. Az igények kielégítéséhez a szolgálatok bővítésére volna szükség; ennek egyik, költségkímélő stratégiája lehet a szociális képzésekben résztvevők folyamatos gyakornoki jelenléte.

Iskolázottság

A megkérdezettek legnagyobb hányada, 36%-a általános iskolát, egyharmada szakmunkásképzőt vagy szakiskolát végzett, s alig több, mint egyötöde szerzett érettségit. Csengelén és Pusztaszeren a válaszadók több mint 40%-a már a 14. életévre befejezte tanulmányait. A legkedvezőtlenebb helyzetű település Csengele, ahol a megkérdezettek 87%-a szerezte meg a legmagasabb iskolai végzettséget 18 éves koráig és a válaszadók 44%-a már 14 évesen befejezettnek tekintette tanulmányait; az érintett települések közül ez a legmagasabb arány.

A megkérdezettek nemenkénti és befejezett iskolai végzettség szerinti megoszlását vizsgálva kiderül, hogy a 8 általánosnál kevesebb osztállyal rendelkező nők aránya két százalékponttal, a 8 általánost végzettek aránya 5 százalékponttal rosszabb a férfiakénál. A külterületeken élők iskolai végzettsége alacsonyabb, mint a belterületi lakosoké. Ennek okát abban is látjuk, hogy a külterületeken

magasabb a 60 év feletti és a városi szegénység elől menekülő, illetve a kistérség településeiről a külterületekre kiköltöző, alacsony iskolai végzettségű lakosok aránya. További ok, hogy az iskolába járás még ma is különösen nehezített a tanyákon élő gyermekeknek. A települések kisbuszai csak a „betonig” mennek el, odáig sokszor 5-6 kilométert is kell gyalogolniuk mély homokban vagy sárban. A szülők közül többen, több helyütt közösen vásároltak személygépkocsikat – elsősorban Ladákat – és tartják fenn azokat, hogy az iskolabuszig kivigyék a gyermekeket. Célszerű lenne közösségi forrásokkal támogatni ezt a helyi kezdeményezést, ahogyan azt két településen kérték is a tanyai szülők. Az érintett önkormányzatok és a polgármesteri hivatalok azonban nem reagáltak erre.

A kiköltözés az alacsony végzettségűek esetében összefügg azzal is, hogy kevésbé voltak képesek a helyi munkaerő-piacon és kapcsolataikban olyan pozíciót elérni, megtartani, hogy a városi vagy falusi életforma követelte pénzbeni fedezetet biztosítani tudták volna. Annak reményében hozták meg ezt a – sokszor minden reális alapot nélkülöző – döntést, hogy olcsóbban, legalább az élelmiszert megtermelve élhetnek. A tanyabejárások során tapasztaltuk, hogy a kiköltözésben valószínűleg szerepe volt annak is, hogy jobban el tudtak „tűnni” a település szeme elől. Kevésbé kell szégyellniük szegénységüket: nem kell nap mint nap szembesülniük a „falu szájával”. Ez az attitűd hagyományozódik a gyermekekre, megnehezítve integrációjukat a helyi többségi társadalomba. A tanuláshoz szükséges támogató programokkal – szakképzéshez utazás, gyakorlati költségek stb. – nem rendelkeznek a települések; a meglévő források elosztása egyébként is kapcsolatok kérdése, amiben a külterületeken élők szűkölködnek.

Gazdasági aktivitás és munkanélküliség

A válaszadókra vetített foglalkoztatási arány 53,8%, a munkanélküliségi ráta pedig 8,6%. A megkérdezettek közül a gazdaságilag nem aktívak több mint háromnegyede inaktív kereső (nyugdíjas, járadékos, gyermekgondozási szabadságon lévő), 8%-a passzív munkanélküli és közel 14%-a eltarthat. Ez utóbbiak több mint felét a tanulók teszik ki, 37%-uk háztartásbeli, s mintegy 8%-uk egyéb okból nem dolgozik.

A gazdaságilag aktívak aránya az 51-65 évesek körében csak 47%. Csengelén és Bakson 18, illetve 10% a munkanélküliek aránya. Különösen aggasztó azok helyzete, akik két évnél is hosszabb ideje kíséreltezik az elhelyezkedéssel (17%). A kérdezettek 10%-ának 40 évnél több, további közel 20%-ának

30-40 éves munkaviszonya van, mintegy 70%-ának pedig ennél kevesebb. A szegénységi kockázat tekintetében Csengele és Ópusztaszer vezet.

Magyarországon, főleg vidéken, még mindig tartja magát a dolgozó élet követelménye, a munkátlanlás bűnnek számít. Csak a legújabb politikai retorika mosta össze az állástalan, a munkanélküli, a munkátlan és a dologtalan fogalmát, mégpedig oly sikeresen, hogy a gazdasági válság okozta félelem és bizonytalanság a közösségekben egymás ellen fordította az embereket. A tanyabejárások alkalmával egyetlen dologtalan emberrel sem találkozunk: váratlan érkezésünkkor mindenki valami hasznos tevékenységet végzett. Néhány példát kiemelve az alábbi munkák végzése közben találtunk a helyi ellátórendszer által problémásnak, a település politikai vezetése által ingyenélőnek tartott családokat, aktív korú embereket.

Öttagú család: várandós anya és 10 éves lánya a család által termelt, nagy mennyiségű, eladásra szánt babot fejtette az udvaron. Az idős nagymama kézzel mosott (a mosógépek több okból másként használhatók a külterületen, mint a központi településeken: nagyon magas a víz vastartalma és a tanyák egy részébe nincs bevezetve az áram; ebbe se volt), a 16 éves fiúgyerek a leckéjét írta, az apa – több éve regisztrált munkanélküli, látogatásunkkor közhasznú foglalkoztatott – a maga által, mosógépmotorból készített fűnyírót javította. A fűnyíróval is szokott alkalmi munkát vállalni.

Hattagú család: egy középkorú anya – több éve regisztrált munkanélküli státusban, alkalmi munkákból él – legidősebb, Budapesten tanuló egyetemista fiát és annak partnerét várta első látogatásra. A vert falú melléképületet pakolta ki, tapasztotta, meszelte és rendezte be – 5-6 mázsa krumplit, répát, ezt-azt hordva ki a góréba – azért, hogy külön lakrészük legyen, ne a másik négy fiúgyerekével lakjanak egy szobában (gyerekeit egyedül neveli). Közben főzött és ellátta a több tucát, pár hetes aprójószágot, és még velünk beszélgetni is volt ereje. Igaz, besegítettünk a cipekedésbe, tapasztásba.

Héttagú család: a várandós anya főzött, az apa, aki 4 éve állástalan, regisztrált munkanélküli és alkalmi munkákból tartja el a családját, a két hónapja lerobbant furgont – korábbi munkaeszközét – javította. A hat gyerek közül a nagyok az állatokat itatták, a kicsik a csibéket etették-nyúzták.

Négytagú család: a rokkantsági járadékos nagymama saját termesztésű zöldséget tisztított lesózásra és fagyasztásra 11 éves lányunokájával. Az állástalan anya éppen külföldön; évek óta Németországban

vállal alkalmi munkákat. Itthon már nem is regisztrált és ellátatlan.

Háromtagú család: az apa napszámban, az anya a tanyához tartozó másfél hektáron termelt burgonyát szedte fel 10 éves, fogyatékkal élő (?)⁸ magántanuló lánya segítségével.

Öttagú család: az özvegy, rákbeteg apa a kertben kapált, két lánya – szakmunkástanulók – mosott, fiai – szakmunkások, 3 illetve 4 éve alkalmi munkából élő, nem regisztrált állásnélküliek, még nem volt bejelentett munkaviszonyuk! – és azok barátai a munkába járásra közösen használt motorkerékpárt javították.

Ezek a példák megmutatják, hogy nem ingyenélőkről van szó, ahogy azt a közbeszéd és a politikai elit tartja⁹, hanem valami egészen másról. Ezek az emberek különösen „alkalmasak” a bűnbak szerepére: értékrendjük eltér a tősgyökeresektől, életmódjuk kevésbé ismert, sok esetben iskolázatlanságuk miatt nem tudják magukat megvédeni, a többség által kíváncsúnak tartott státusjegyeknek nem tudnak és nem is akarnak megfelelni. Lakókörnyezetük és életmódjuk miatt nem képesek követni a gyors változásokat, nagyon kevés a kapcsolatuk a helyi, többségi társadalom tagjaival, amiben a tanyai életmódnak legalább akkora szerepe van, mint a közlekedés nehezítettségének.

A helyi munkaerő-piaci helyzetképről szólva fontos még megemlíteni, hogy a kistérségbe szervezeten szállítanak vállalkozók mezőgazdasági napszámosokat Romániából. Ezek az emberek a magyar napszámokhoz képest 20-25%-kal is kevesebbet dolgoznak, így még az alkalmi idénymunka lehetőségét is elveszik a helyi, más tevékenységet elvégezni nem tudó, alacsony iskolai végzettségű emberektől, nem beszélve a nyomott napszámok miatti „dolgozó szegénység” nyomorúságáról.

A lakosság egészségi állapota

A Kistérségben és Ópusztaszeren élők egészségi állapotának szubjektív megítélése a térségi átlagnál lényegesen jobb, Pusztaszeren és Bakson viszont rosszabb. Ennek okait abban látjuk, hogy Pusztaszeren magas az egyedülálló idősök aránya, Bakson pedig a Mária-telepi szegregátumban a közel 200 családból mintegy 120 él igen rossz lakáskörülmények között, magas munkanélkülességgel terhelve, jövedelmi szegénységben. Az egészségi állapotra vonatkozóan a szolgáltatások elérésének hiányát jelölték meg okként. A szolgáltatások elérését a kistérségben a kiterjedt külterület miatt tanyagondnoki szolgálatok segítik; úgy tűnik, nem az összes megjelenő igénynek megfelelően. A tanyai népesség egészségi állapota

több tényező miatt is rosszabb – az idősök, szegények magas aránya, az egészségügyi ellátás elérésének nehezítettsége –, de a szubjektív megítélés ezt nem követi. Tapasztalataink szerint nem jellemző a panaszkodás a tanyai emberekre, kultúrájukra. Addig, amíg önállóan el tudják végezni életfeladataikat, orvoshoz sem fordulnak. A betegség még mindig gyengeségnek, élhetetlenségnek, szégyellni valónak számít. Fontos megtartó erő az autonómia, az önrendelkezés; különösen igaz ez a 60 év feletti idősök generációira. Ennek ismeretében nem volna elvetendő ismét megkísérelni azt a Szegedi Fiatalok Művészeti Kollégiuma által, a két világháború között megvalósult gyakorlatot, hogy önkéntes, gyakorló – rezidens – orvosok járják a tanyákat, barátkozva, ingyen gyógyítva azokat, akik nem jutottak el hozzájuk.¹⁰

Lakáskörülmények

Míg az utóbbi 30 évben épült lakások aránya Kisteleken az átlagnál jóval magasabb, mintegy 68%, Balástyán és Csengelén lényegesen – 20 százalékponttal – alacsonyabb annál. A határban található tanyaépületek többsége a 19. század végéről, a 20. század elejéről való. A külterületi építési tilalom idején ugyanis nem lehetett új tanyát építeni; a meglévőt felújítani is csak úgy, ha a régi tanya falainak egy részét is felhasználták. Az 1945 előtt épített lakások aránya Balástyán a legmagasabb (42%), Csengelén pedig 18%, de további nagy hányaduk is régen, a háború utáni 15 évben épült.

A válaszadóknak csak 22%-a költött ilyen munkálatokra az elmúlt évben; ennek nyilván a jövedelem alacsony szintje az egyik oka. A vert falú vagy vályogtéglából épült házak karbantartása hozzáértést igényel. A tanyabejárások mutattak rá,

hogy az idős, még hozzáértő tanyai emberek egy része már nem képes gondozni házát: fizikailag gyenge vagy olyan munkákat kellene elvégeznie, amire ismeretei nem terjednek ki (például a tetőszerkezet megerősítése). A kitelepülők többségének, akik többnyire a fiatalabb generációkhoz tartoznak, minimális ismeretei sincsenek e házak gondozásáról, így gyorsan „lelakják” azokat és „továbbállnak”. Nagy szükség van arra, hogy ezen a területen közösségi segítséget kapjanak az arra rászoruló tanyai emberek.

A régi építésű tanyák mellett megjelentek a nagy területen fekvő, 4-5 korábbi tanya területét is magukba foglaló, újonnan épült – akár luxus szintűnek is nevezhető – tanyák lovardával, tavakkal, a gyermekeknek saját játszótérrel. Többségükön iparszerű mezőgazdasági tevékenység folyik: számítógépek által vezérelt üvegházak, fóliasátrak, saját kamionflotta, saját kutak és saját finanszírozásban készült aszfaltozott utak.

A víz- és csatornahálózat az utóbbi 10 évben vajmi keveset fejlődött. A fejlődés gátja az anyagi források hiányán túl a külterületi népesség gyenge érdekérvényesítő képessége, alacsony önereje és annak kihasználatlansága minden területen. Balástyán a gyermek nélkül élő háztartásoknak a térségi átlagnál 10 százalékponttal magasabb hányada (14%-a) mellőzte az egész lakás fűtését, de sajnos a település egy gyermeket nevelő háztartásainak 9%-ában is előfordult ez. Kisteleken és Ópusztaszeren is vannak olyan gyermekkel élő háztartások, amelyek egyáltalán nem tudták fűteni a lakásukat. Kisteleken a kétgyermekes háztartások 9, Ópusztaszeren a háromgyermekesek 28%-ában fordult ez elő.

Fogyasztási cikkek	Arányok (%)
Vezetékes telefon	60,3
Mobiltelefon	14,4
Számítógép	59,1
Internet-csatlakozás	66,9
Hűtőgép	3,1
Gépkocsi	44,3
Mezőgazdasági gépek	82,0

3. táblázat: A felsorolt cikkekkel nem rendelkező háztartások aránya

Tartós fogyasztási cikkek a háztartásokban

A kistérség külterületi jellegéből adódóan az életvitel szempontjából fontos kommunikációs és közlekedési eszközökkel való ellátottságot emeljük ki. (3. táblázat)

Tapasztalataink szerint a mobiltelefonnal való ellátottság a külterületeken csak az eszközre vonatkozik, a szolgáltatás maga nagyon kevés határreszből érhető el. Ez még inkább igaz az Internettel való lefedettségre: a mobilnet szolgáltatások sem a központi településeken, sem a külterületeken nem érhetőek el. Az elektromos eszközökkel való ellátottságot a külterületeken befolyásolja az elektromos vezetékek kiépítettségének hiánya, az ásott és fűrt kutak vizének magas ásványianyag-tartalma – nitrát, nitrit, vas, arzén –, ami tönkreteszi a mosógépeket. A gépkocsival való ellátottság önmagában nem írja le a külterületi közlekedés helyzetét: részben jobb, részben kevésbé jók a közlekedési lehetőségek. Ahol működik tanyagondnoki szolgálat, ott kisbusszal el lehet jutni a belterületre. A gépkocsik fenntartása a szokásosnál jóval nagyobb költséget jelent az alkatrészeket igen gyorsan elhasználó finom homokos földutak miatt. A tanyagondnoki gépjárművek, amelyekhez korábbi EU-s pályázatok keretében jutottak hozzá a települések, mára már elhasználódtak; az újak beszerzéséhez állami támogatásra lenne szükség.

A kistérségben élők jövedelmi helyzete

A kistérségben az egyszemélyes háztartásokban élők 23%-ának bevétele nem éri el az 50 ezer forintot, ami Pusztaszeren az ilyen háztartások 8, míg Bakson, Balástyán és Csengelén mintegy 35%-ára igaz. Jövedelmi decilisek szerint vizsgálva, az összes háztartás 17%-ában 40-50 ezer forint az egy főre jutó bevétel. A háztartások 35%-a ennél kevesebb, 48%-a pedig több egy főre jutó bevétellel rendelkezik.

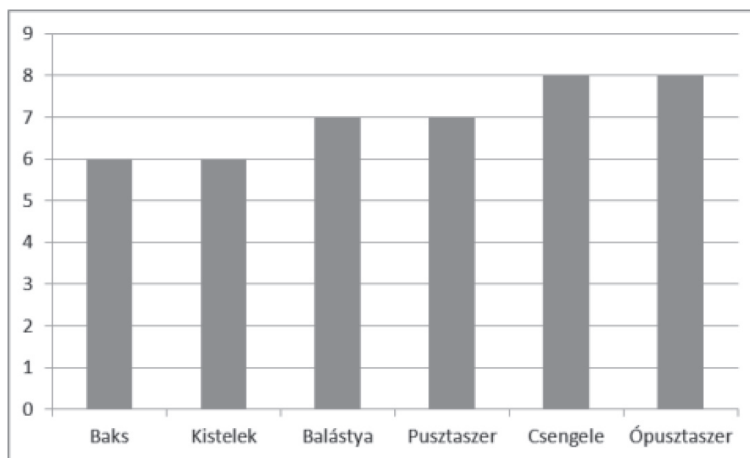
Míg a kistérség gyermek nélkül élő háztartásainak 24%-a tartozik az alsó decilisekhez, az egy gyermeket nevelő háztartások körében már 50% fölé emelkedik ez az arány. Csengelén minden egy gyermekes háztartás ide tartozik, Bakson 72, Balástyán pedig 57%-uk. A 4 vagy több gyermeket nevelő háztartások közül egyetlen egy sem tartozik a 40 ezer (!) forintot meghaladó kategóriákba. E háztartások 53%-ában 10-20 ezer, 36%-ában 20-30

ezer, s mindössze 11%-ában 30-40 ezer forint az egy főre jutó bevétel.

Vannak olyan háztartások, amelyek havi összes bevétele 50 ezer forint alatt van, havi lakásfenntartási költségük ugyanakkor meghaladja a 20 ezer forintot. Ilyenek a kistérség valamennyi településén előfordulnak (átlagosan 5% az arányuk), de Balástyán a válaszadók 17%-a tartozik ebbe a kategóriába és ezek több mint fele külterületen él. A kistérségben átlagosan 3% azon háztartások aránya, amelyeknek valamely szolgáltató felé – víz és csatorna, gáz, villany, szemétszállítás, telefon – tartozásuk van. Településenként vizsgálva azonban ismét igen nagyok az eltérések: az érintett háztartások aránya kiugróan magas Csengelén (12%), Bakson (8%) és Ópusztaszeren (7%). Ennek oka a jövedelmi szegénység és a helyi segélyezési, illetve „nemsegélyezési” gyakorlat. Csengelén a hajléktalanságtól való fenyegetettséget érző háztartások mindegyike, míg Bakson több mint fele él 50 ezer forint alatti jövedelemből.

A kistérségben a válaszadók 14%-a törleszt valamilyen lakáscélú hitelt. A folyósított hitelek 41%-a forint, 45%-a svájci frank, 12%-a euró alapú volt. Csengelén a hiteleknek a térségi átlagnál jóval magasabb hányada, közel 70%-a, Bakson 26, Balástyán pedig 22%-a került nehéz helyzetbe a hitelek törlesztése miatt. A családgon-
dozóktól kapott információk szerint a forint alapú hitelek többsége áthidaló, Provident hitel, amellyel a jövedelmi szegénység okozta háztartási gondokat próbálják enyhíteni a családok. (Erre a kutatásban nem kérdeztünk rá.)

A hitelekről szólva meg kell említenünk az uzsorát, ami a szociális ellátórendszer munkatársai és saját tapasztalataink szerint is minden településen



2. ábra: Szegénységi kockázat a Kisteleki kistérség településein

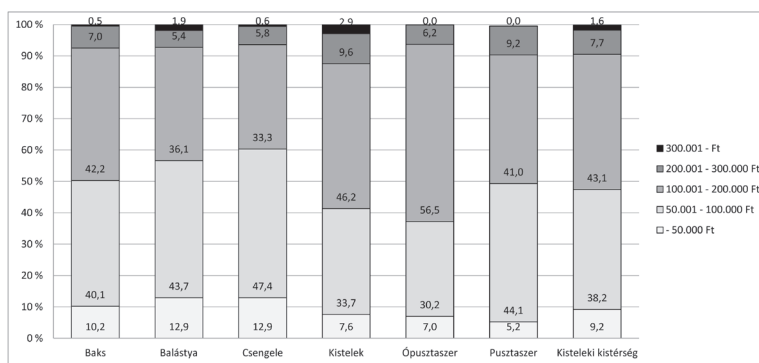
Forrás: http://www.gyerekesely.hu/index.php?option=com_content&view=article&id=564&Itemid=70

jelen van. A szegénységi kockázatot a TÁMOP 5.2.3. Gyerekesély pályázatban néztük meg. (2. ábra)

A 3. ábra adatai jól mutatják, hogy a kistérségben élők jelentős hányadának jövedelmi helyzete a napi túlélésre ad lehetőséget. Az eredményes szolgáltatás-tervezés érdekében szükségesnek láttuk az objektív mutatókon túl a lakosság szubjektív megítélését is feltárni, ezért megkérdeztük az embereket, milyen a megélhetésük. A megkérdezett háztartások 94%-a érzi úgy, hogy csak különböző nehézségek árán tudnak megélni. A váratlan kiadások kezelése feltárja az erőforrások valós mértékét. A kistérségben a háztartásoknak csak 27%-a érzi képesnek magát kisebb-nagyobb váratlan kiadás kezelésére. A válaszadók 31%-ának 10 ezer forint vagy annál kisebb összeg is gondot okozna, ha váratlan kiadásként jelentkezne. A megkérdezettek 26%-a 21-50 ezer forint, 17%-uk pedig 51-100 ezer forint váratlan kiadás esetében érzi úgy, hogy az már komolyabb gondot okozna. Mindössze 9% jelezte, hogy számára a 100 ezer forint feletti váratlan kiadás jelentene problémát. Ez fontos információ a pénzügyi gyorssegélyek tervezéséhez. Ha a helyi rendszer nem képes erre, az uzsorakölcsönök még erőteljesebb növekedése várható.

A jövedelem-kiegészítés egyik formája lehet az adott kistérségben a háztáji gazdálkodás. A megkérdezettek 60%-a szívesen részt venne a saját megélhetését elősegítő mezőgazdasági gazdálkodásban, ezek több mint egyharmada azonban csak akkor végezne ilyen tevékenységet, ha földterülettel (42%), eszközökkel (35%), vetőmaggal (15%), állatállománnyal (4%), növényvédő szerekkel, szaktanácsadással támogatnák. Településszinten legkevésbé Bakson és Ópusztaszeren érdeklődtek a téma iránt, Kisteleken ugyanakkor valamennyi lehetőséget nagy számban megjelölték.

A gazdálkodási hajlandóság felmérésében sokat segítettek a tanyabejárások során szerzett tapasztalatok. A gazdálkodásnak az említetteken kívül a föld minősége is fontos feltétele: a terület nagy része homok, alacsony aranykorona értékkel. További lényeges szempont, hogy a külterületek többségében az ásott kutakból vagy a felszíni vízből fűrésszel nyert víz sem emberi fogyasztásra, sem öntözésre nem használható. Több tanyán voltunk szemtanúi annak, hogy gémeskútból, kézzel húzták a vizet a zöldséges ágyások öntözéséhez a rossz minőségű vizet adó kútból.



3. ábra: A háztartások jövedelemcsoportok szerinti megoszlása

Forrás: Kutatási jelentés. TÁMOP 5.4.4. kutatás. Innovatio Kutatóintézet Nonprofit Kft, 2010.

A kárpótlási folyamat anomáliái miatt a föld hiánya is akadályozza a termelés bővítését, például szociális szövetkezet létrehozását vagy közösségi kertek kialakítását. Igen nagy, mezőgazdasági termelésre egyébként alkalmas terület tulajdonosairól nincs információja a helyieknek, ráadásul ezek a földek közel két évtizede paragon hevernek. Mivel a kistérség teljes területének harmada természetvédelmi terület¹¹, bármennyire is megvolna a hajlandóság, a mezőgazdasági termelés tiltott vagy igen sok szabállyal korlátozott. Sok olyan tanyán jártunk, ahol például a rágcsálók irtásának tilalma teljesen lehetetlenné tette a gazdálkodást; minden terményt felfaltak a vadon élő, védett állatok.

A szociális ellátórendszer lehetőségei

Hogyan lehetne a tanyán élőket földrajzi és társadalmi értelemben egyaránt közelebb hozni a települési közösség egészéhez? Az intézményhiányból fakadó települési hátrányok csökkentésére a rendszerváltás küszöbén elindult egy, az aprófalvak és a tanyák sajátosságaihoz messzemenően alkalmazkodó civil kezdeményezés, amely az akkori Népjóléti Minisztérium támogatásával intézményesült, 2005-ben pedig az Európai Unió legjobb gyakorlatai közé is bekerült: a falu- és tanyagondnoki szolgálat.

Már maga az elnevezés is utal egyediségére: míg a szociális gondoskodás általánosan elfogadott szakterületei meghatározott élethelyzetekhez, korosztályokhoz vagy társadalmi hátrányokkal küzdő csoportokhoz kapcsolódnak (például családsegítés, idősgondozás, hajléktalan-ellátás stb.), itt két sajátos településtípus neve jelenik meg. Az 500 főnél kevesebb lélekszámú, elsősorban Borsodban és Baranyában összefüggő *zárványokat* alkotó aprófalvak¹² és a zárt belterülettől szórt jellegük alapján elkülönülő, sokszor *belső periferiának* számító

alföldi tanyák lakóinak életét egyaránt az elzártságból fakadó intézményhiány nehezíti meg.

A falu- és tanyagondnok, akik személyenként legfőljebb 600 falusi, illetve 70-400 külterületi lakost láthatnak el, azért dolgoznak, hogy – a „*vidékfejlesztés szelíd módszerét*” követve¹³ – megakadályozzák a települési és a társadalmi hátrányok kirekesztődéssel fenyegető végzetes összekapcsolódását. Járművükkel kapcsolatot teremtenek a közvetlen településkörnyezeten kívüli világgal: vagy az embereket viszik a központi településen működő távoli intézmények után, vagy azok szolgáltatásait hozzák el a helybeliek otthonába. Így a helyi társadalom hátrányos helyzetű tagjai számára is lehetővé teszik azt, hogy bekapcsolódjanak a társadalmi alapfunkciók gyakorlásába és teljesebb életet éljenek.

Mint személyes gondoskodást nyújtó segítők, járművükkel a szociális ellátás térkapcsolatait erősítik. Alapfeladataik közül, amelyek közvetlen segítséget jelentenek ellátottaiknak, az étkeztetés, a bevásárlás, a házi segítségnyújtás támogatása, a közösségi információk közvetítése, az egészségügyi ellátáshoz való hozzájutás megkönnyítése és a gyermekszállítás emelkedik ki, kiegészítő feladataik pedig a közösségi művelődési, sport és szabadidős rendezvények szervezésében való közreműködést és a hivatalos ügyintézés segítségét foglalják magukban.

Ezek az emberek a kisbusszal azonban nemcsak a térbeli távolságokat, hanem a lélektől lélekig vezető utakat is rövidítik. Azzal, hogy egyszerre több embert hoznak-visznek, közösségi élménnyé avatják az utazást, hiszen „*a kisbuszban mindig történik valami*”. Azzal pedig, hogy nemcsak elszállítják, hanem el is kísérik őket az ügyintézés különböző színtereire, biztonságosabbá teszik a távoli és sokszor idegen világot. Ezzel a szociális munka gondoskodó jellegét erősítik.

Erejük helyismeretükből fakad; egy tanyagondnok – akárcsak falugondnok kollégája – csak saját településén az, aki. Mivel ugyanabban a környezetben élnek és ugyanazokat az értékeket követik, mint a gondjaikra bízott emberek, természetes egyszerűségükkel könnyen utat találnak hozzájuk, és sokszor inkább emberségből, semmint valamely intézmény képviselőiként cselekszenek értük. Mivel ez a hivatás nem szerepel a magyarországi szakmák hivatalos jegyzékében, az alaptanfolyam elvégzésekor kézhez kapott tanúsítványnak csak otthon van igazi értéke.

Az első 24 falugondnoki kisbusz Borsod-Abaúj-Zemplén megyében indult útjára 1990-ben, ma pedig mintegy 1.200 hasonló szolgálatot találunk szerte az országban. Működésükhöz a helyi önkormányzatok mellett az állam és a civil szektor is hozzájárul. A központi támogatást a gépkocsibeszerzési pályázatok és a közel 2 millió forintos normatíva jelenti, a civil háttérrel pedig a területi alapon szerveződött egyesületek, amelyek érdekképviseléssel, pályázati programokkal, továbbképzési lehetőségekkel és információközvetítéssel segítik tagjaikat. A tizenegy vidéki egyesület közül a Duna-Tisza közti az egyetlen, amely öt megye kollégáit fogja össze¹⁴.

A Kisteleki kistérség települései közül Balástyának (4), Ópusztaszernek (3) és Csengelének (1) van tanyagondnoka. Akár a szétszórt homoki tanyák világába, akár a népesebb külterületi lakott helyekre vezet napi munkájuk során az útjuk, a gondjaikra bízott többsége a tősgyökeresek közül kerül ki. A közöttük formálódó segítő kapcsolat, ami bizalmat ébreszt az egyik félben és felelősséget a másikban, a szó szoros értelmében *szolgálat*: az igényeknek megfelelően hoznak valamit vagy visznek valakit. A kinn élők rászoruló tagjaival sokkal inkább személyenként, semmint közösségként találkoznak és mivel a külterület és a belterület között közlekednek, elsősorban nem a tanyaiakat összefűző szálakat, hanem a két településrész kapcsolatát erősítik.

Tanyai tapasztalataink alapján úgy látjuk, hogy a közösségi munka eszközeivel – akár önkéntesek vagy egyetemi és főiskolai hallgatók bevonásával – még többet tehetnének a kinn élők érdekében: közülük való, helybeli segítőként hozzá tudnának járulni a hátrányos helyzetű családokat fenyegető térbeli és társadalmi kirekesztettség oldásához. Ma, amikor az állandó tanyai lakosok megfigyatozásával párhuzamosan a közösségi élet terei eltűntek a határból, és a külterületen élők heterogén társadalmát a szomszédsági hálón túl jóformán csak a megélhetés kényszere fűzi össze, ez nem könnyű feladat. A „*szelíd módszer*” továbbfejlesztésével, a bizalom erősítésével, a találkozások alkalmainak megteremtésével vagy akár a tanyai „*settlement*”¹⁵ szegedi hagyományainak felelevenítésével azonban képessé lehetne tenni ezeket a ma még rejtőzködő embereket arra, hogy felismerjék közös érdekeiket, utat találjanak egymáshoz és saját erejükre támaszkodva ne csak elfogadják a tanyagondnoki szolgálat segítségét, hanem maguk is alakítsák környezetüket.

Irodalomjegyzék

1. **Balogh István:** Az alföldi tanyás gazdálkodás. In: Szabó István (szerk.): A parasztság Magyarországon a kapitalizmus korában. 1848-1914, I. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1965. 429-479. o.
2. **Buday György:** A tanyai agrár-settlement. Bethlen Gábor Kör, Szeged, 1929.
3. **Csaplár Ferenc:** A Szegedi Fiatalok Művészeti Kollégiuma. Irodalomtörténeti Füzetek 52. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1967.
4. **Csoba Judit:** Helyi társadalmak, kirekesztettség és szociális ellátások: lehetőségek a kirekesztődött társadalmi csoportok érdekérvényesítési esélyeinek javítására a helyi társadalmakban. UNIDEB, Debrecen, 2004.
5. **Csoba Judit** (szerk.): A peremhelyzetű társadalmi csoportok munkaerő-piaci és társadalmi integrációja. De Szociológia és Szociálpolitika Tanszék, Debrecen, 2009. Szociotéka.
6. **Csörsz Zelenák Katalin** (szerk.): Falugondnokság – a vidékfejlesztés szelíd módszere. Magyar Tanya- és Falugondnoki Szövetség, Vértesacs, 2004.
7. **Kozma Judit:** Nyomorgó családok és szociális szolgáltatások. SZMI, Budapest, 2010.
8. **Lengyel András:** A szegedi fiatalok dudari falutanulmányozása. Móra Ferenc Múzeum, Szeged, 1985.
9. **Sen, Amartya:** Társadalmi kirekesztés: Fogalom, alkalmazás és vizsgálat I-II. Esély, 2003. 6. 3-22. o., 2004. 1. 3-25. o.
10. **Szalai Júlia:** A társadalmi kirekesztés egyes kérdései az ezredforduló Magyarországon. Szociológiai Szemle, 2002. 4. 34-50. o.
11. **Szabó László:** Társadalomnéprajz. Ethnica Kiadás, Debrecen, 1993.
12. **Tomori Viola:** A parasztság szemléletének alakulása. Szegedi Fiatalok Művészeti Kollégiuma, Szeged, 1935.
13. **Tömörkény István:** Gerendás szobákból. Singer és Wolfner, Budapest, 1904.
14. Kistérségi Tükör. http://www.gyerekesely.hu/index.php?option=com_content&view=article&id=564&Itemid=70
15. Kutatási jelentés. TÁMOP 5.4.4. kutatás. Innovatio Kutatóintézet Nonprofit Kft, 2011.

Végjegyzék

1. Balogh I. 1965.
2. Szabó L. 1993. 191. o.
3. Tömörkény I. 1904. 182. o.
4. <https://teir.vati.hu/>
5. A konzorciumi partner: SZTE ETSZK Szociális Munka és Szociálpolitika Tanszék. <http://www.etszk.u-szeged.hu/oktatas/tanszekek-szakcsoportok/szocialis-munka?objectParentFolderId=12014>
6. http://www.gyerekesely.hu/index.php?option=com_content&view=article&id=564&Itemid=70
7. http://www.pusztaszer.hu/pusztaszer/index.php?option=com_content&task=view&id=16&Itemid=5
8. Szakértő gyógypedagógus kollégánk későbbi alapos vizsgálata szerint a kislány SNI-s, de ez nem kívánná magántanulóvá minősítését. A minősítést az iskola kifejezett kívánságára a szülő kérte. Az iskola kezelhetetlenül agresszívnek ítélte meg a kislányt: megrúgta a tanítónőt. A gyerek egész napokat tartózkodik egyedül a tanyán, miközben szülei napszámba járnak.
9. A TÁMOP 5.2.3. program fókuszcsoportjaiban és az interjúk során szinte minden településen ezt találtuk.
10. Tomori V. 1935, Csaplár F. 1967, Lengyel A. 1985.
11. http://knp.nemzetipark.gov.hu/index.php?pg=sub_262
12. Szalai J. 2002. 47. o.
13. Csörsz Zelenák. K. (szerk.). 2004.
14. <http://www.falugondnoksag.hu/>
15. Buday Gy. 1929.

Scattered farmstead residents in the settlements of the Kistelek small region

Magdolna Ágoston - Dr. Annamária Duró

University of Szeged, Department of Social Work and Social Policy
e-mail: agoston@etszk.u-szeged.hu, duroa@etszk.u-szeged.hu

Keywords: small region, locality, scattered farmsteads, spatial and social disadvantages, ageing society, poverty, village caretaker

Summary

The scattered farmsteads, which emerged in the vicinities of county towns in the Hungarian Plain as agricultural settlements, and whose residents formed a closed community for several centuries, belong to the past today. Changes in land ownership and the evolvement of villages from farmsteads have transformed the frame of life of the farmstead people: next to the grassroots residents represented mainly by the older generations now, the people who have settled down here since the transition of the political system are not attracted by the land but a home close to nature, or they have been seeking shelter from poverty or on the contrary – being wealthy – investment opportunities. However different the values of the members of these social groups are, and their needs and interests may differ considerably, still they have something in common in their lives: they all have to cover large distances to be able to live a more complete human life when using services accessible only in the inner parts of the former mother cities or today's village centres.

In our study, we will portray the present day residents of the outskirts of the town of Kistelek and its five nearest villages: Baks, Balástya, Csengele, Pusztaszer and Ópusztaszer in one of the most disadvantaged small regions, who are afflicted by not only the difficulties of the spatial but also by social disadvantages. This snapshot is based on the main findings of the background research built on a survey by questionnaires and statistical analysis, and which served as a tool to renew the local social service development concept. These findings are compared with the documents of *Mirror on the Small Region* that helped to prepare the *Child Aid* competition, and completed by the personal experiences gained while visiting the scattered farmstead settlements. When talking about the specificities of the environment of the settlements and the social status of the scattered farmstead residents, we highlight the problems that, we consider, need social policy interventions: for example the properties that count as heritage of the past, the transport problems, the lack of water and sewage network, the ageing population, the great proportion of elderly people living alone, high unemployment rate, income poverty, child poverty and indebtedness.

A single man who solves everything with a small bus – a typically domestic solution has emerged to alleviate the disadvantages of these settlements, which derive from the lack of the institutions: the village and scattered farmstead caretaker service, which originated from a civilian initiative and became a nationwide practice. Also, starting from the present situation in Kistelek, we examine what answers this method of caretaking gives to local problems and how it integrates into the institutional social care system in Hungary.

A család hatása az étkezési szokásokra a gyermekkori elhízás szempontjából

Lantos Katalin¹ - dr. Ináncsy-Pap Judit²

¹SZTE Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar

Egészségmagatartás és –fejlesztés Szakcsoport

²DE Pszichológiai Intézet, Pedagógiai Pszichológiai Tanszék

e-mail: lantos@etszk.u-szeged.hu

Kulcsszavak: gyermekkori elhízás, etetési stílus, családi viszonyok

Összefoglaló

Bevezetés: A gyermekkori elhízás arányának növekedése automatikusan kiváltotta a biológiai szempontú vizsgálatok és megközelítések növekedését a téma területén. Kevésbé intenzív az érdeklődés a gyermekkori obesitás és a pszichológiai előzmények, következmények és összefüggések kapcsán.

Célkitűzés: Írásom célja azoknak a vizsgálatoknak a kiemelése, amelyek a gyermekek családi kapcsolatait helyezik előtérbe a téma vizsgálata során.

Módszer: A téma szakirodalmi hátterének kutatása és feldolgozása.

Eredmények: A családi hatásokon belül három szintet különböztethetünk meg. Az első szintre az étkezéshez közvetlenül kapcsolódó viselkedések tartoznak, ilyen például a szülő etetési stílusa, kontrolláló viselkedésének megjelenése. A második szinten találhatók azok a viselkedésformák, amelyek nem közvetlenül az adott étel elfogyasztásához kapcsolódnak, hanem a szülő ételekhez való általános hozzáállását mutatják meg, így ezen a szinten a szociális tanulásnak, modellálásnak tulajdoníthatunk nagy szerepet. A harmadik, úgynevezett globális szinten a családi légkör és a nevelési stílus jelennek meg. Ezek közvetlenül nem, de közvetve kapcsolódnak a gyermek étkezéséhez, így hozzájárulhatnak akár az elhízáshoz is.

Következtetések: Bár a biológiai, genetikai szempontok és a táplálkozás mennyiségi, minőségi jellemzői elvitathatatlan szerepet játszanak a gyermekek elhízásában, a prevenció során figyelmet kell fordítanunk a pszichológiai tényezőkre is.

Bevezetés

Néhány szó a gyermekkori obesitásról

A gyermekek kóros elhízása illetve túlsúlyossága egyre növekvő problémát jelent úgy hazánkban, mint világviszonylatban. A HELENA (Healthy Lifestyle in Europe by Nutrition in Adolescents) elnevezésű nemzetközi összehasonlító vizsgálat eredményei szerint Magyarországon a 2 és 10 év közötti gyermekek 11,2 százaléka túlsúlyos, 6 százaléka kövér, míg a 13-18 éves korosztályban a gyermekek 14,7 százaléka túlsúlyos, 5,1 százaléka kövér (1). Hasonló arányokat tapasztalhatunk egyéb országokban is. Görögországban a gyermekek 16 százaléka túlsúlyos, 17 százaléka pedig kövér (2). Németországban a 3-6 év közötti gyermekek 3 százaléka obesez, míg a 7-10 éves korosztályban ez a százalékszám 6,4-re nőtt (3).

A gyermekkori obesitas kialakulásának hátterében számos tényező állhat, melyek külső és belső

okból eredeztethetőek. A belső okok közé sorolandóak a genetikai és hormonális tényezők. Korábbi vizsgálatok alapján valószínűsíthető, hogy ha mindkét szülő obesez, akkor a gyermekek kétharmada obesez lesz, ha az obesitás csak az egyik szülőt érinti, akkor a gyermekek fele lesz elhízott (4). Külső tényezők alatt a táplálkozási szokásokat, és a mozgásszegény életmódot szoktuk leggyakrabban érteni. Szervesen ide tartozik a tanulmány fő témája, a család és családi hatások szerveződése, amelyből is leginkább a szülők hatására vagyunk kíváncsiak a gyermek étkezési szokásaira.

A családi viszonyok jelentősége a gyermekkori elhízásban

A családi kommunikáció, a szülők nevelési stílusa, a családban uralkodó érzelmi viszonyok egy gyermek életének minden területére hatással vannak. Nem kivétel ez alól a gyermek étkezése,

és így közvetve a testsúlya sem. Rhee (5) szerint a családi hatásokat három szinten különböztethetjük meg. Az első szinthez a közvetlenül az étkezéshez köthető viselkedésmódok tartoznak. Ilyen az etetési stílus és a szülő hozzáállása a gyermek étkezéséhez, testsúlyához. Második szint a szülő viselkedése általánosan az étkezéssel kapcsolatosan, például az ételek elérhetősége, és a modellálás. Harmadik szintre sorolja Rhee a globális szülői viselkedést, olyan dimenziókkal együtt, mint nevelési stílus, családi stressz mértéke, szocioemocionális környezet, és a szomszédság, lakókörnyezet hatása is ide sorolható (5). A következőkben az egyes szintek részletes áttekintését nyújtom.

1. szint - A táplálkozáshoz közvetlenül kapcsolódó viselkedésmódok

1.1. Az etetési stílus

A szülői etetési stílus neves kutatója, Birch (6) kidolgozott egy kérdőívet (Child Feeding Questionnaire, CFQ), mely azokat a szülői hiedelmeket, attitűdöket, viselkedési módokat méri, melyek közvetlenül kihatnak a gyermek étkezésére. A CFQ hét dimenziót vizsgál: négy azokra a szülői észleletekre, aggodalmakra vonatkozik, amelyek növelik a gyermek étkezése feletti kontrollt (szülő saját észlelt súlya, gyermek észlelt súlya, aggodalmaskodás a gyermek súlya miatt, szülői felelősségvállalás); a másik három faktor a szülő étkezés feletti kontrollját vizsgálja (korlátozás, nyomásgyakorlás, monitorozás).

Mindhárom kontrolláló módszer kapcsán elmondható, hogy ha a szülő aggodalmaskodik a gyermek súlya miatt, az nagyobb kontrollhoz vezet, ami pedig csökkenti a gyermek autonómiáját az étkezések közben (6). Ez azonban azzal jár, hogy a gyermek elveszti érzékenységét a saját belső jelzéseire (pl. éhség, teltségérzet), és így esetleg akkor is többet eszik, amikor már nem éhes, ezáltal akár nőhet is az elhízás mértéke (5).

A korlátozás módszere azt jelenti, hogy a szülő megszabja, mit, mikor, mennyit ehet a gyermek, pl. nem ehet repetát, nem kap a süteményből. Ezen módszer azonban azt eredményezi, hogy a tiltott étel még kíváncsabb lesz a gyermek számára, és ha hozzáférhetővé válik (megszűnik a tiltás, vagy nem figyel a szülő), akkor megnő a bevitt mennyiség (azaz a gyermek gyorsan behabzsolja a tiltott gumicukrot, hiszen ki tudja, mikor ehet újra ilyet) (7). Birch és munkatársainak (8) kutatása szerint az 5 éves korban tiltott étel még 7 éves korban is nagyon kíváncs, és akkor is megesszik a gyermekek az adott ételt, ha nem éhesek. Kröller és

Warschburger (3) vizsgálatukban azt találták, hogy a több szülői tiltás összefüggést mutat a magasabb testsúllyal, illetve az alacsony zöldség-, és magasabb egészségtelen étel-bevitellel.

A nyomásgyakorlás (más szóval buzdítás) szintén a szülő kezében tartja a kontrollt, hiszen ez azt jelenti, hogy a gyermek nem maga szabja meg, mennyit egyen, hanem a szülő folyamatosan hatást gyakorol rá. Ez a buzdítás lehet kérdés (Nem ennél még egy kis levest?), de felszólítás is (Edd meg a főzeléket!). Ez a fajta szülői viselkedés szintén csökkenti a gyermek autonómiáját, és a visszautasítás lehetőségét. Drucker és munkatársai vizsgálatukban kimutatták, hogy a buzdítás mértéke összefügg a gyermek kalóriabevitelével, illetve a gyorsabb evéssel (idézi 5). Kröller és Warschburger (3) pozitív összefüggést talált az anyai presszió és a gyermek zsírbevitel között. Lumeng és Burke (9) azt az érdekes megfigyelést tették vizsgálatukban, hogy az obesez anyák gyermeke együttműködőbb, azaz hajlamosabb a buzdítást elfogadni, és ők érzékenyebbek is a külső jelzésekre. Sajátos összefüggést találtak még az anya saját súlyával és végzettségével is, miszerint az obesez anya alacsonyabb végzettséggel hajlamosabb buzdító viselkedést alkalmazni.

A monitorozás kevésbé vizsgált terület az előző két viselkedéshez képest, mivel hatása inkább indirekt, szemben a korlátozással és a buzdítással.

Rhee (5) a szülői kontrolláló viselkedéshez sorolja a jutalmazást is, mint például: „csak akkor ehetsz sütit, ha megeszed az összes husit”. A jutalmazás, mint külső megerősítés szintén csökkenti a gyermek saját belső érzékenységét. Sajátos hatása még, hogy ha a zöldség a „kötelező” étel, és a desszert a jutalom, akkor a zöldségpreferencia csökken azokhoz a gyermekekhez képest, akiknél nincsen jutalmazás, míg a desszert preferenciája megnő (5). Gyakori jelenség az is, hogy ha a szülő nincs jelen, akkor a gyermek akkor is megesszi a „jutalmat”, ha nem éhes.

Rhee (5) összefoglalja azt is, hogy az etetési stílus megválasztása számos tényező függvénye. Ilyen tényező a szülő súlya, a gyermek súlya, az étel típusa (új, ismeretlen étel vagy már ismert), iskolázottság, és a gyermek életkora.

1.2. A szülői hozzáállás

A szülő hozzáállása szintén közvetlen meghatározója lehet a gyermek étkezésének. A gyermek anyja által észlelt súlyának problematikáját Mannios és munkatársai (2) kutatták. Vizsgálataik szerint gyermekkori obesitasra hajlamosít az, ha a gyermek súlya az első 6 hónapban nagyon gyorsan gyarapszik. A túlsúlyos gyermekek súlyát ugya-

nis anyjuk alábecsüli; másfélszer gyakoribb ez a jelenség, mint normál testsúlyú gyermekeknél. S mivel az édesanya nem látja kövérnek a gyermeket, nem is tesz ellenlépéseket, ami következtében fennmarad a túlsúlyos állapot. Maynard és munkatársai (10) 5500 fős mintájuk vizsgálatából azt a következtetést vonták le, hogy a túlsúlyos gyermekek egyharmadát az anya normál súlyúnak minősíti, különösen fiúk esetében hajlamosak az anyák alábecsülni a testsúlyt. Ezt a hatást enyhítheti a szülői aggodalmaskodás Spruijt-Metz és munkatársai (11) longitudinális vizsgálata szerint. Eredményeik szerint, hogy ha az anyák aggodalmaskodtak gyermekeik testsúlya miatt a vizsgálat első szakaszában, akkor 2,7 év elteltével ezeknél a gyermekeknél szignifikánsan csökkent a testzsír mértéke a másik csoporthoz képest. A fenti eredmények következtetésképpen arra mutatnak, hogy az anya által észlelt testsúly befolyásolja a gyermek étkeztetésének minőségét, és valós testsúlyát.

2.szint – A szülők viselkedése általánosan az étkezések kapcsán

2.1. Az ételek elérhetősége

A szülők felelőssége azonban nem csak abban merül ki, hogy hogyan veszik rá a gyermeküket a főzelékezésre. A szülői befolyásolás második szintje az étellel kapcsolatos általános szülői viselkedés. Egyszerűen magyarázható és érdekes hatás például az, hogy az ételek elérhetősége és a gyakori látványa növeli az étel preferenciáját (5). Ez alapján valószínűsíthető, hogy ha otthon mindig a gyermek keze ügyében van egy kis alma, vagy narancs, akkor nagyobb valószínűséggel, gyakrabban és nagyobb kedvvel fogyasztja majd. Sajnos ez a példa a csokoládéval kapcsolatban is helytálló.

2.2. A szülői modellálás

Fontos a második szinten az is, hogy a szülő saját viselkedésével mit képvisel, azaz szociális tanulás útján mit ad át a gyermekének. A modelltanulás klasszikus útja szerint a szülő, mint legfontosabb korai utánzótt modell van jelen a gyermek életében, akinek ezáltal az egészséges ételek fogyasztásának vonatkozásában komoly lehetősége és eszköze van a gyermeke indirekt befolyásolására. Addessi és munkatársainak (12) vizsgálata arra mutatott rá, hogy a 2,5 éves gyermekek megeszik az ismeretlen ételt, ha a szülő, vagy gondozónó ugyanolyan színű ételt eszik, Hendy és Raudenbush pedig arra az eredményre jutottak, hogy a lelkes megjegyzések növelik az új étel fogyasztásának mértékét (idézi 5). Ugyanígy meg lehet azonban

tanítani gyermekeinknek a nassolást, és a saját testtel való elégedetlenséget is.

3. szint - A globális szülői viselkedés

A globális szülői viselkedés körébe nem kifejezetten az étkezéssel kapcsolatos viselkedések tartoznak. Hatásuk viszont lehet ugyanolyan erőteljes, mint az első szinten bemutatott kontrolláló tevékenységeké. Ide sorolhatjuk a nevelési stílust, a kötődési stílust és a családi stresszorokat, melyek közvetve befolyásolják a gyermek étkezését, súlyát. A globális viselkedés hatása és befolyása a gyermek étkezésére és testsúlyára meglehetősen összetett, sokkal kevésbé direktnek tekinthető, mint a korábban említett vizsgálatok. Az e témákban készült kutatásokban alapvetően korrelációs vizsgálatok sorakoznak, melyek nyilvánvalóan párhuzamos hatásokat mutatnak, de nem jogosítanak ok-okozati összefüggések levonására.

3.1. A nevelési stílus

A nevelési stílus fogalmát és koncepciójának alapvető kialakítását Baumrind (13) nevéhez köthetjük. Baumrind a nevelési elvek a nevelési stílus szempontjából, a szülőket három csoportba sorolta. Röviden összefoglalva az autoritativ nevelési stílusú szülő, aki odafigyel a gyermek véleményére, de világos kereteket szab. Az autoriter szülő megköveteli a szabályokat, és figyelmen kívül hagyja a gyermek érveit. Az engedékeny szülő pedig nem állít határokat, de nem is elutasító a gyermekkel szemben.

A nevelési stílusokkal kapcsolatban több, egymásnak ellentmondó vizsgálat is született. Ami azonban bizonyos, hogy a szülői melegség és érzékenység összefügg a gyermek elhízásának kisebb rizikójával (14). Stein és munkatársai (15) egy családi alapú tréning segítségével avatkoztak be kórosan elhízott gyermekek családjába. A tréning eredményei is arra mutattak rá, hogy a szülők (és különösképpen az apa) elfogadóbbá válása hosszú távon korrelált a gyermek súlyvesztésével.

3.3. Családi stresszorok

A családi stresszorok és az elhízás kapcsolatát vizsgálták Garasky és munkatársai 2009-ben (16). Két sajátos életkori mintára terjedt ki a vizsgálat, az egyik az 5 és 11 év közötti gyermekek voltak, a másik pedig a 12-17 év közötti korosztály. Az első korcsoportban szignifikáns összefüggést találtak a túlsúly és az érzelmi támogatás hiánya között. Kapcsolat áll fenn a közös étkezés, közös játék elmaradása és a magasabb testsúly között is. Az idősebb korosztályban a korábbi életkorra vonat-

koztatott eredmények már nem voltak érvényesek ebben az életszakaszban az anyagi nehézség, és a túlsúly jelenléte között lehetett kapcsolatot érzékelni. Ez az eredmény arra tényre utal, miszerint az egészséges étkezésnek komoly anyagi jellegű következményei vannak.

3. Összefoglalás

A fentiekben olyan kutatások összefoglalóját olvashattuk, melyek bemutatják, milyen széles körben rajzolódik ki a család hatása a gyermek étkezési

szokásaira, attitűdjeire, testsúlyára. Ezek az eredmények arra biztatnak, hogy mind az elhízás prevenciójában, mind a terápiájában hatékony alkalmazási lehetőségek kidolgozására lenne szükség, akár több szinten való beavatkozás során.

Szükség lenne Magyarországon is több hasonló kutatás tervezésére, lefolytatására, melyek a szülő-gyermek kapcsolat étkezéshez és elhízáshoz kapcsolódó vonatkozásait emelnék ki, és speciálisan az ehhez köthető magyar lelki és viselkedési állapotok leírására törekednének.

Irodalomjegyzék

1. **Erhardt É.** (2010): Gyermekkori elhízás: megállítható-e a járvány? <http://diabetesonline.hu/kozossej/gyermekdiabetes-szekcio/2253-gyermekkori-elhizas-megallithato-e-a-jarvany> (Letöltve: 2010.10.22.)
2. **Mannios, Y., Moschonis, G., Grammatikaki, E., és mtsai:** Determinants of childhood obesity and association with maternal perceptions of their children's weight status: The „GENESIS” study. *Journal of American Dietetic Association*, 2010, 110 (10): 1527-1531
3. **Kröller, K., Warschburger P.:** Associations between maternal feeding style and food intake of children with a higher risk for overweight. *Appetite*, 2008, 51 (1): 166-172
4. **Sallai Á.:** Gyermekkori obesitas. *Hippocrates* 2001, III/5. <http://www.medlist.com/HIPPOCRATES/III/5/285.htm> (Letöltve: 2010. 10.03.)
5. **Rhee K. E.:** Child Overweight and the relationship between parent behaviors, parenting styles, and family functioning. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, 2008, 615 (1): 11-37
6. **Birch, L. L., Fisher, J. O., Grimm-Thomas, és mtsai:** Confirmatory factor analysis of the Child Feeding Questionnaire: a measure of parental attitudes, beliefs, and practices about child feeding and obesity proneness. *Appetite*, 2001, 36 (3): 201-210
7. **Birch, L. L., Fisher, J. O.:** Mothers' child-feeding practices influence daughters' eating and weight. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2000, 71 (5): 1054-1061
8. **Birch, L. L., Fisher J. O., Davidson, K.K.:** Learning to overeat: maternal use of restrictive feeding practices promotes girls' eating in the absence of hunger. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2003, 78(2): 215-220
9. **Lumeng, J. C., Burke, L. M.:** Maternal prompts to eat, child compliance, and mother and child weight status. *Journal of Pediatrics*, 2006, 149 (3): 330-335
10. **Maynard, L. M., Galuska, D. A., Blanck, H. M., és mtsai:** Maternal perceptions of Weight Status of children. *Pediatrics*, 2003, 111 (5): 1226-1231
11. **Spruijt-Metz, D., Li, C., Cohen, E., Birch L.L., és mtsai:** Longitudinal influence of mother's child-feeding practices on adiposity in children. *Journal of Pediatrics*, 2006, 148 (3): 314-320
12. **Addessi, E., Galloway, A. T., Visalberghi, E., és mtsai:** Specific social influences in the acceptance of novel foods in 2-5-year-old children. *Appetite*, 2005, 45 (3): 264-271
13. **Baumrind, D.:** Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology Monographs*, 1971, 4 (1): 1-103
14. **Rhee, K. E., Lumeng, J. C., Appugliese, D. P., és mtsai:** Parenting styles and overweight status in first grade. *Pediatrics*, 2006, 117(6): 2047-2054
15. **Stein, R., Epstein, L. H., Raynor, A., és mtsai:** The influence of parenting change on pediatric weight control. *Obesity Research*, 2005, 13: 1749-1755
16. **Garasky, S., Stewart, S. D., Gundersen, C., és mtsai:** Family stressors and child obesity. *Social Science Research*, 2009, 38 (4): 755-766

The effect of the family on the eating habits from the aspect of childhood obesity

Katalin Lantos¹ - Judit Inántsý-Pap PhD²

¹SZTE Faculty of Health Sciences and Social Studies

Section of Health Behaviour and Health Promotion

²DE Institute of Psychology Department of Pedagogical Psychology

e-mail: lantos@etszk.u-szeged.hu

Keywords: childhood obesity, feeding style, family relations

Summary

Introductions: The growth in the proportion of childhood obesity has automatically generated a rise in the number of surveys and approaches from the biological point of view in this field. The interest is less in childhood obesity and its psychological antecedents, consequences and connections.

Aims: The aim of my writing is to heighten those tests that emphasize the family relations of the child when studying the topic.

Methods: Researching and processing the scientific background of the topic.

Results: We can distinguish three levels within these effects. On the first level there is the behaviour connected directly to eating, i.e. the feeding style of the parents or the appearance of their controlling behaviour. On the second level there are those forms of behaviour that do not directly connect to eating but show the general attitude of the parents to food, thus, on this level a great role is ascribed to social learning and modelling. On the third, global level the family atmosphere and parenting style appear. These do not connect directly to the eating of the child but indirectly, therefore, they can contribute to obesity as well.

Conclusions: Although the biological and genetic background and the qualitative and quantitative aspects play incontestable role in childhood obesity, psychological aspects have to be considered also.

Vizuális médiahatások és a testi elégedettség kapcsolata

Pukánszky Judit

Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar

Egészségmagatartás és –fejlesztés Szakcsoport

e-mail: pukanszkyj@etszk.u-szeged.hu

Kulcsszavak: médiahatások, soványságideál, testi elégedettség, testkép, szorongás

Összefoglalás

Probléma: A média különféle csatornáin keresztül lényeges szerepet játszik a testi megjelenésre vonatkozó kulturális elvárások közvetítésében. A nyugati kultúrákra jellemző jelenlegi szépségeszmény a valóságtól jelentősen elrugaszkodott, légiesen sovány testeket hangsúlyozza és állítja be kívánatosnak. Megfigyelhető, hogy a televízióban és a mozifilmekben szereplő női alakok sokkal karcsúbbak, mint harminc évvel ezelőtt voltak, valamint a diétázás visszatérő témája különféle tévéműsoroknak és női magazinokban olvasható cikkeknek. Minél nagyobb különbséget észlel a befogadó személy a testi megjelenése és a média által idealizált testek között, annál nagyobb valószínűséggel élhet át frusztrációt, elégedetlenséget és szorongást fizikai megjelenésével kapcsolatban.

Célkitűzés: Az előadás célja a vizuális médiaüzenetek és testi elégedettség kapcsolatának feltárása, releváns kutatási eredmények felhasználásával. A kísérlek konklúzióinak összegzésével kívánom feltárni a sovány ingeranyag bemutatásának direkt hatásait a testi elégedettségre és az észlelt szorongásra vonatkozóan.

Eredmények: A vékony ingeranyagok ismételt bemutatása a soványságideál internalizációjához vezethet a befogadóban, mely mások testével való összehasonlítás során referenciapontként funkcionálhat. Azonban vannak olyan egyéni tényezők (például túlsúly, testtel való elégedetlenség, saját test felé forduló fokozott figyelem vagy mások testével való összehasonlítási hajlam), melyek egyes személyeket érzékenyebbé tehetnek a soványságot idealizáló médiahatásokkal szemben, így rájuk erőteljesebben hathatnak a testi elégedettséget érintő médiaüzenetek.

Következtetés: A soványságideált hangsúlyozó médiaüzenetek valamint a testi elégedetlenség, testképzavar és táplálkozási zavarok kapcsolatát számos kutatás bizonyítja. A testképpel való elégedettség és a pszichés jóllét szoros összefüggést mutat: a testkép hatást gyakorol az önértékelésre és az énképre, így szerepet játszik a viselkedés és az általános közérzet alakulásában. A testképzavarok pedig súlyos esetben étkezési zavarokhoz is vezethetnek, valamint egyéb pszichiátriai megbetegedésekkel, depresszióval, szociális fóbiával és önpusztító magatartásformákkal állíthatnak kapcsolatban.

1. Bevezetés

A WHO (1) statisztikái szerint világszerte több mint egymilliárd felnőtt ember szenved túlsúlyban ($BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$), közülük pedig 300 millióan tekinthetők elhízottnak ($BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$). A testsúlyproblémák általános növekedése mellett a soványságideállal való azonosulás, és a sovány test elérésére irányuló törekvések manapság mindennapos problémát jelentenek a nők körében. Különféle médiumok révén, egyre több fogyókúra ígérettel szembesülhetünk nap mint nap, melyek ugyan

gyors megoldást ígérnek, de alkalmazásuk – a jójó-effektusnak köszönhetően – csak tovább növeli a túlsúlyos vagy elhízott személyek számát (2).

A média döntő szerepet játszik a testi megjelenésre vonatkozó kulturális elvárások közvetítésében, mely nők esetén a gyermeki testhez hasonlítható, légies soványságot hangsúlyozza, míg férfiaknál a mezomorf testalkatot tekinti elfogadottnak és követendőnek, ami szteroidhasználat nélkül szinte elérhetetlennek bizonyul (3), és mely szerepet játszhat a férfi populációra jellemző táp-

lálkozási zavarok, mint az izomdiszmorfia növekvő prevalenciájában (2-10%). A médiából érkező tökéletes testekkel való összehasonlításkor minél nagyobb különbséget észlel a személy az aktuális testi megjelenése és a média által idealizált test között, annál nagyobb valószínűséggel élhet át elégedetlenséget és frusztrációt a testi megjelenésével kapcsolatban (4).

Számos kutató kapcsolatot talált a sovány-ságiideált hangsúlyozó médiaüzenetek bemutatása és a nézőben kialakuló testi elégedetlenség, testképzavar és táplálkozási zavarok között. A testképzavarok jelentős szerepet játszhatnak a táplálkozási zavarok kialakulásában: az anorexia nervosa és a bulimia nervosa egyik vezető tünete a testképzavar (5). A biopszichoszociális betegségértelmezés értelmében azonban a táplálkozási zavarok kifejlődésében nem egyetlen kiváltó ok tehető felelőssé; a média mellett egyéb szociális tényezők is – mint a család vagy a kortársak közege – befolyásoló erővel bírhatnak, illetve meghatározóak lehetnek a pszichológiai és a genetikai faktorok is (6).

2. A testkép, a testképpel való elégedetlenség és a testképzavarok jellemzői

A testkép fogalma a klinikumból ered. Először a XX. század elején jelent meg az ideg-elmegyógyászat területén, és azóta számos szinonim kifejezéssel helyettesítik. A magyar szakirodalomban használt kifejezések között szerepel a testtudat, a testséma, a testvázlat, a vizuális-poszturális testmodell és a testthatár, míg a nemzetközi szakirodalomban a testkép (body image) fogalma fordul elő a leggyakrabban. Ugyanakkor a köznyelvben nem található olyan szó, mely a testkép lényegét megragadná, így fontossága akkor értékelődik fel, mikor valamilyen zavar keletkezik vele kapcsolatban (7). Túry és Szabó szerint a testképzavar a komplex testélmény összetett zavaraként kezelendő, melynek kialakulása a korai időszakra, kisgyermek- vagy serdülőkorra tehető. Kialakulásának hátterében számos tényező állhat, mint a fizikai vagy szexuális abúzus, a korai serdülésből fakadó fokozott elégedetlenség, a környezet által megfogalmazott kritika vagy az anya negatív testképe.

A testkép magában foglalja a saját testhez kapcsolódó észleleteket (például test mérésére vonatkozó becslések), érzéseket (például testalakhoz és mérethez fűződő érzelmek) és gondolatokat (például a test vonzerejét megítélő érzések) (8). A testkép tehát egy olyan konstruktum, mely pszichológiai (kognitív, affektív élmények), neurofiziológiai (perceptuális élmények) és viselkedéses (például a test ellenőrzése) elemekből áll (9). A testképet nem

lehet szigorúan állandó vonásként tekinteni, mivel kontextuális hatások, mint a médiaüzenetek, akár átmenetileg, akár hosszú távon, befolyást gyakorolhatnak felette (10).

A testképpel való elégedettség és a pszichés jóllét szoros összefüggést mutat: a testkép hatást gyakorol önértékelésre és az énképre, így szerepet játszik a viselkedés és a közérzet alakulásában (7). Azonban a negatív testkép fogalma nem egységesen meghatározott. Általában olyan testi jellemzőket értünk alatta, melyek elégedetlenséget váltanak ki a személyből, viszont a negatív értékelés nem feltétlenül terjed ki az egész testre (11). A testképpel való elégedetlenség major depressziós tünetek kialakulásához vezethet, mivel a nyugati társadalmak nő tagjaira nagy kulturális nyomás nehezedik a megjelenésükkel kapcsolatos elvárások tekintetében, mely a médián keresztül explicit módon kerül kifejeződésre (12).

3. Serdülők és médiahatások

A serdülő korosztály különösen érzékenyé válhat a médiából érkező, testi elégedettséget befolyásoló üzenetekre, hiszen az adolescencia időszakának legfőbb feladata az identitás definiálása (13), és a médiában felsorakoztatott identitásminták lehetőséget kínálnak a velük való kísérletezésre.

Az adolescencia időszakában megjelenő és hangsúlyosabbá váló másodlagos nemi jelek megjelenése, a testzsír növekedése frusztrációt és elégedetlenséget eredményezhet a fiatal lányok körében, mivel a változások következtében egyre eltávolodnak az irreális karcsúságot hangsúlyozó kulturális elvárásoktól, melyet a média is közvetít. Így a serdülő lányok a kövérnek és visszataszítónak értékelik testüket, és sokan különféle testsúlycsökkentő módszerrel igyekeznek elérni a kívánt alakot (3). Ezzel a megállapítással egy korábbi kutatás eredményei is párhuzamba állíthatók, mely során a korán serdülő lányok körében gyakrabban regisztráltak nagyobb mértékű testi elégedetlenséget és depressziós tüneteket, mint a későn serdülő lányoknál. A korán serdülő fiúknál viszont kifejezett testi elégedettség volt tapasztalható, mely sok esetben a kortársak között betöltött domináns, vezető szereppel társult (14).

4. Médiaüzenetek hatása a testtel való elégedettségre

Az alak és karcsúság túlhangsúlyozása a nyugat-európai társadalmakban általánosnak mondható jelenség. Megfigyelhető, hogy a televízióban és a mozifilmekben szereplő női szereplők sokkal karcsúbbak, mint harminc évvel ezelőtt voltak,

valamint a diétázás visszatérő témája különféle tévéműsoroknak és női magazinokban olvasható cikkeknek (6).

Számos kutatás bizonyítja, hogy a médiában bemutatott légiiesen sovány modellek negatív hatást gyakorolhatnak a vizsgálati személyek önértékelésére, testi elégedettségére és táplálkozási szokásaira. A kutatók vizsgálataikban a magazinok, reklámok, videoklipek testképre mért hatásaira összpontosítottak.

A médiahasználat és az evészavarok szoros kapcsolatát, valamint a televízió mintaadó szerepét hangsúlyozza Becker és munkatársainak természetes körülmények között végzett vizsgálata, melyet a Fidzsi-szigeteken végeztek, ahol eredetileg a teltkarcsú női test volt az általánosan elfogadott szépségideál. A kutatók megvizsgálták a serdülő lányok táplálkozási magatartását a televíziós műsorszórás bevezetése előtt, majd utána egy hónappal, és három évvel később. Az eredmények azt mutatták, hogy három év elteltével drámaian megnőtt a kóros testsúlykontroll-módszereket alkalmazó fiatalok száma (6).

Számos kutatás igazolta a médiahasználattal töltött megnövekedett időtartam és a testi elégedetlenség fokozódása közötti összefüggést. Vaughan és Fouts (15) 9 és 14 éves lányok 16 hónapig tartó longitudinális vizsgálata eredményeként arra a következtetésre jutottak, hogy azok a lányok, akik szignifikánsan növelték a divatmagazinok olvasására fordított időt, szignifikáns növekedést mutattak étkezési zavarokra utaló tüneteikben.

Hasonlóan a magazinokból származó ingeranyag felhasználásával történt Yamamiya és munkatársainak (16) kísérlete, akik húsz, különféle női magazinokból összeválogatott csinos, vékony modellekről készült képet mutattak be a kísérleti csoport számára, míg a kontroll csoport húsz gépkocsiról készült képet kapott ingerként. A csinos modellek bemutatása után, még öt másodpercenyi expozíciót követően is, nőtt a kísérleti személyek testükkel kapcsolatos elégedetlensége. Különösen azoknál a személyeknél volt erőteljes hatás mérhető, akik hajlamosak voltak a média közvetítette szépségideálokat internalizálni, és akiknél a szociális összehasonlítás erőteljes tendenciája volt tapasztalható. A kísérleti csoporttal szemben a kontroll csoportban nem volt hasonló hatás mérhető az autók képeinek megtekintését követően. Az előzőekkel ellentétben Tiggemann (17) lényegi különbséget talált a televízió és a magazinok hatása tekintetében: vizsgálatában a magazinolvasás a soványságideál internalizációjához vezetett, azon-

ban érdekes módon nem igazolt hasonló korrelációt a televíziózás kapcsán.

Szintén az elvárttal ellentétes eredményt közölt Vaughan és Fouts (15), kutatásuk szerint a tévé-nézéssel töltött idő csökkentése növeli az étkezési zavarokra utaló szimptómák előfordulási gyakoriságát 9-14 éves lányok körében. A kutatók feltételezése szerint az azonos nemű kortársakkal töltött megnövekedett idővel és a társak befolyásoló hatásával magyarázható az eredmény.

A videoklipek hatásvizsgálata ugyancsak alátámasztotta az idealizált médiaüzenetek testképre és testi elégedettségre gyakorolt negatív hatását. Bell és munkatársai (18) csinos és vékony tagokból álló lányegyüttesek toplistás videoklipjeit vetítették 16-19 éves lányoknak. A videók megtekintése után nagyobb fokú testi elégedetlenséget detektáltak a vizsgálati személyeknél.

A kutatások egyik lényeges tanulsága, hogy a vékony modellek ismételt bemutatása a soványságideál internalizációjához vezethet, mely összehasonlítási alapot képezve referenciapontként funkcionálhat. Ezért az önértékelés egyik lényegi meghatározó tényezőjének a megjelenés tekinthető (3).

5. Médiahatásokkal szembeni érzékenységet fokozó tényezők

Monro és Huon (19) szerint a televíziózás önmagában nem testképromboló tevékenység, a műsorok megválogatása befolyásolhatja a testképre mért hatást. Az idealizált testeket bemutató és hangsúlyozó médiatartalmak azonban már káros hatást gyakorolhatnak a testképre.

Annak ellenére, hogy minden női médiafogyasztó ugyanazoknak a vizuális ingereknek van kitéve, mégsem hat mindegyikükre egyformán a képernyőn bemutatott, számítógépes manipulációkkal is tökéletessé alakított sovány szereplők sorozata. Így a testsúlyra és alakra vonatkozó elégedetlenség, valamint a táplálkozási zavarokra való fogékonyság nem mindegyik női médiafogyasztót érinti egyforma mértékben. Ezen kívül a médiában megjelenített soványságideál gyakran asszociálódik boldogsággal és sikerrel, míg a kövér emberek ábrázolása a csúnyasággal és a depresszióval kapcsolódik össze (3) (20), így azt téves hiedelmet alakíthatják ki a tévézőkben, hogy a boldogság feltétele a testsúlycsökkenésben és a tökéletes alakban rejlik.

A testképhez kapcsolódó elégedetlenséget növelheti a túlsúly, a soványságideál internalizációja valamint a szociális támogatás hiánya, azonban egyes kutatók nem találták rizikófaktornak a korai menstruáció megjelenését, a testsúlyra irányuló csú-

folódást és a depressziót (21). A médiaüzenetekre irányuló érzékenységet fokozza a nagyobb testsúly, a meglévő étkezési zavar, a testtel való állandó elégedetlenség, a saját test felé forduló fokozott figyelem, a más személyekkel való összehasonlításra való hajlam (3).

Az eddig felsorolt tényezők mellett, a család ellensúlyozó erővel léphet fel a médiahatások-

kal szemben (22), azonban a családtagok is közvetíthetnek a médiaüzenetekhez hasonló hatásokat (23), melyek akkor válnak dominánssá, ha például az anya testképzavarban vagy táplálkozási zavarban szenved (24), illetve ha túlzott mértékben azonosul a média által hirdetett soványságideállal (25).

Irodalomjegyzék

1. World Health Organization, Online: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/obesity/en/> Letöltés ideje: 2012. február 22.
2. **Forgács A.:** Médiaüzenetek – Evészavarok. *Lege Artis Medicinae*, 2008, 18, 11, 822–824.
3. **Tiggemann M.:** Media influences on body image development. In Cash T., F., Pruzinsky T. (szerk.) *A handbook of theory, research, and clinical practice*. New York, Guilford Press, 2002, 91-98.
4. **Durkin S. J., Paxton S. J.:** Predictors of vulnerability to reduced body image satisfaction and psychological wellbeing in response to idealized female media images in adolescent girls. *Journal of Psychosomatic Research*, 2002, 53, 995-1005.
5. **Szabó P., Pető Z., Túry F.:** Az evészavarok prevalenciája a középiskolás korosztályban 10 év távlatában. *Orvosi Hetilap*, 2010, 151, 15, 603-612.
6. **Túry F., Pászthy B. (szerk.):** Evészavarok és testképzavarok. Budapest, Pro Die Kiadó, 2008.
7. **Túry F., Szabó P.:** A táplálkozási magatartás zavarai: az anorexia nervosa és a bulimia nervosa. Budapest, Medicina, 2000.
8. **Grogan S.:** Body image and health: Contemporary Perspectives. *Journal of Health Psychology*, 2006, 11, 523-530.
9. **Probst M., Pieters G., Vanderlinen J.:** Evaluation of body experience questionnaires in eating disorders in female patients (AN/BN) and nonclinical participants. *International Journal of Eating Disorders*, 2008, 41, 657-665.
10. **Cash T. F.:** Cognitive behavioral perspectives on body image. In Cash, T., F. és Pruzinsky, T. (szerk.), *A handbook of theory, research, and clinical practice*. New York, Guilford Press, 2002, 38-46.
11. **Lantos K., Iván E., Pászthy, B.:** A testkép és mérése. In Túry, F., Pászthy, B. (szerk.) *Evészavarok és testképzavarok*. Budapest, Pro Die Kiadó, 2008, 299-315.
12. **Stice E., Hayward C., Cameron R. P. és mtsai:** Body-image and eating disturbances predict onset of depression among female adolescents: A longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 2000, 109, 3, 438-444.
13. **Erikson E. H.:** Az emberi életciklus. In: Bernáth László – Solymosi Katalin: *Fejlődéslélektan olvasókönyv*. Budapest, Tertia, 2003, 27-41.
14. **Brooks-Gunn J., Reiter E. O.:** The role of pubertal processes in the early adolescent transition. In Feldman, S., Elliot, G. (szerk.), *At the threshold: The developing adolescent*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1990.
15. **Vaughan K. K., Fouts G. T.:** Changes in television and magazine exposure and eating disorder symptomatology. *Sex Roles*, 2003, 49, 7-8
16. **Yamamiya Y., Cash T. F., Melnyk S. E. és mtsai:** Women's exposure to thin-and-beautiful media images: body image effects of media-ideal internalization and impact-reduction. *Body Image*, 2005, 2, 74-88.
17. **Tiggemann M.:** Media exposure, body dissatisfaction and disordered eating: television and magazines are not the same! *European Eating Disorders Review*, 2003, 11, 5, 418-430.
18. **Bell B. T., Lawton R., Dittmar H.:** The impact of thin models in music videos on adolescent girls' body dissatisfaction. *Body Image*, 2007, 4, 137-145.

19. **Monro F., Huon G.:** Media-portrayed idealized images, body-shame, and appearance anxiety. *International Journal of Eating Disorders*, 2005, 38, 85-90.
20. **Forgács A.:** Társadalmi eszmény és elhízás. „I can get no satisfaction”. *Lege Artis Medicinae*, 2008, 18, 8-9, 632–636.
21. **Stice E., Whitenton K.:** Risk factors for body dissatisfaction in adolescent girls: A longitudinal investigation. *Developmental Psychology*, 2002, 38, 5, 669-678.
22. **Neumark-Sztainer D., Eisenberg M. E., Fulkerson J. A. és mtsai:** Family meals and disordered eating in adolescents: Longitudinal findings from project EAT. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 2008, 162, 1, 17-22.
23. **Haworth-Hoepfner S.:** The Critical Shapes of Body Image: The Role of Culture and Family in the Production of Eating Disorders. *Journal of Marriage and Family*, 2004, 62, 1, 212-227.
24. **Francis L. A., Birch L. L.:** Maternal influences on daughters' restrained eating behavior. *Health Psychology*, 24, 6, 2005, 548-554.
25. **Cooley E., Toray T., Wang M. C. és mtsai:** Maternal effects on daughters' eating pathology and body image. *Eating Behaviours*, 2008, 9, 1, 52-61.

The relationship between media images and body dissatisfaction

Judit Pukánszky

assistant lecturer

SZTE Faculty of Health Sciences and Social Studies

Section of Health Behaviour and Health Promotion

e-mail: pukanszkyj@etszk.u-szeged.hu

Keywords: media influences, thin ideal, body dissatisfaction, body image, anxiety

Problem: Mass media is the essential source of distributing the cultural expectations about body appearance. In western societies the emphasized and idealized lean and skinny female bodies are hardly attainable for the majority of population. Perceiving the difference between the actual and the idealized bodies can cause serious dissatisfaction, frustration or anxiety about the physical appearance. Nowadays women's bodies appearing in movies and television are drastically thinner like thirty years ago, and dieting is a popular and recurrent issue of different television programmes and articles of female magazines.

Aim: The aim of this presentation is to reveal the relationship between the perceived media images and the effect of body dissatisfaction. Relevant studies show great direct effect of skinny images on body dissatisfaction and perceived anxiety.

Results: Repeated presentation of thin images are associated with the internalization of the thin ideal. Some personal characteristics such as overweight, body dissatisfaction, frequent self-monitoring or the necessity to compare the physical appearance to the others, are associated with the vulnerability of body dissatisfaction as a result of viewing thin media images.

Conclusion: Many researchers emphasize the association of thin media images with body dissatisfaction, body image disturbances and eating disorders. Body image and psychological well-being shows close connection, as body image shows great effect on self-evaluation and behaviour. In some serious conditions body image disturbances are associated with eating disorders, depression, social phobia, or other self-harm behaviours.

HALLGATÓI OLDAL

Coming out. Coming out?! A leszbikus, meleg, biszexuális és transznemű emberek identitásfejlődése az előítéletek keresztútjában

Versegi Anikó

Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar
Szociális Munka és Szociálpolitika Tanszék
e-mail: anikoversegi@yahoo.com

Kulcsszavak: leszbikus, meleg, biszexuális, transznemű, szexuális kisebbség, homoszexualitás, coming out, előítélet, diszkrimináció, társadalmi kirekesztés

Összefoglalás

Bevezetés: A leszbikus, meleg, biszexuális és transznemű (LMBT) emberek társadalmi kirekesztést szenvednek el a legfontosabb szocializációs színtereken, a foglalkoztatásban, valamint az egészségügyben. A 2012. január 1-től hatályos Alaptörvény kizárja a szexuális kisebbségbe tartozókat a házasság intézményéből, mivel azt „férfi és nő között, önkéntes elhatározás alapján létrejött”¹ életközösséggént definiálja. A többségi társadalomban a szexuális kisebbségek láthatatlansága, a téma tabusítása és nem megfelelő médiabeli reprezentációja gerjeszti az előítéletességet. Egy hazai LMBT-kutatásból kiderült, hogy a válaszadók nagy része azért nem vállalhatja fel önmagát, mert a heteroszexualitás a társadalmi megbecsülés alapvető feltétele.² A szexuális kisebbség tagjai a társadalmi kirekesztés elkerülése érdekében rejtőzködésre kényszerülnek, azonban láthatatlanná válásuk tovább növeli az előítéletességet.

Célkitűzés: Vizsgálatomban arra kerestem választ, melyek az LMBT személyek coming out-folyamatának különböző szintjein fellépő gátló, ill. katalizáló tényezők, és hogyan fejtik ki ezek hatásukat a meleg identitás fejlődésére.

Módszer: Kutatásom során tíz Csongrád megyében élő LMBT emberrel készítettem mélyinterjút, valamint terepmunkát végeztem a Dél-Alföldi Melegek Baráti Körében (Damkör).^{1*} A mintavételt hólabdamódszerrel valósítottam meg.

Eredmények: Minden válaszadó tapasztalt közvetlen környezetében szóbeli előítéletességet, „buzizást”, valamint legtöbbször szocializációs színtereken történő tabusításról és nem megfelelő médiabeli reprezentációról is beszámoltak. A Meleg Méltóság Menetén rendszeresen résztvevő Laura (28) szerint „a melegfelvonulásról közvetített kép félrevezető, mivel mindig csak azt a pár transzvesztitát mutatják a TV-ben.” Attila (22) édesanyja és bátyja a felvonulás médiabeli extremizációjából kiindulva teljesen félreértelmezték a férfi coming out-ját: „...meg vannak arról győződve, hogy ezt titkolni kell, mert ha ők ketten elfogadják, zászlókkal fogok felvonulni az utcán!” Válaszadóim nem tartották ugyan ezeket a jelenségeket diszkriminációnak – feltehetőleg az énvédő mechanizmusok miatt –, viszont abban mindannyian egyet értettek, hogy szexuális orientációjuk felvállalhatóbb volna egy toleráns(abb) társadalomban.

Következtetések: Eredményeim alátámasztják hipotézisemet, miszerint a kirekesztő mechanizmusok gátló tényezőkként lépnek fel a harmonikus LMBT identitás kialakulásában, elfogadásában és elfogadtatásában. Véleményem szerint a szexuális kisebbség esélyegyenlőségét tananyagbeli láthatóságuk növelésével, reális médiabeli reprezentációval és az oktatásban megvalósuló előítélet prevencióval kell elősegítenünk.

1

* www.damkor.hu

Bevezetés

E tanulmány témája a leszbikus, meleg, biszexuális és transznemű (LMBT) emberek coming out-folyamata, ill. a folyamatot befolyásoló gátló és katalizáló tényezők identitásfejlődésre gyakorolt hatásának vizsgálata. A *coming out*, vagy előbújás egy élethosszig tartó „utazás”, amely során az LMBT emberek időnként láthatóvá teszik személyiségük egy fontos részét – mégpedig azt, hogy egy sokak által megvetett kisebbség tagjai. Amikor egy LMBT személy mások előtt felvállalja szexuális orientációját, valójában önmagát teszi sebezhetővé, hiszen ezzel akár szociális és gazdasági biztonságát is kockáztathatja, az előítéletek céltáblájává válhat. Az LMBT emberek társadalmi kirekesztést szenvednek el az élet szinte minden területén: a legfontosabb szocializációs színtereken, a foglalkoztatásban, az egészségügyben, valamint családalapításuk államilag korlátozott. A többségi társadalom és a szexuális kisebbségek tagjai közül egyaránt sokan magányügyként tekintenek a (nem heteroszexuális) szexuális orientációra, ezzel mintegy deklarálva az előbújás szükségtelenségét, vagyis végső soron az LMBT emberek teljes társadalmi láthatatlanságát. A 2007-es LMBT-kutatás válaszadóinak 75%-a hátrányosan megkülönböztetett csoportba tartozónak érzi magát.² Vajon ennek fényében valóban jogos volna magányügyként tekinteni a homoszexualitásra? Szociális munkásként nem értek egyet ezzel az állásponttal: úgy gondolom, a szakmának nyíltan ki kell állnia az LMBT jogok védelme mellett.

A coming out fogalma

A *coming out* „az a folyamat, amelynek során valaki felismeri saját szexuális orientációját, elfogadja azt és másoknak is elmondja.”³ A meleg identitás kialakulása egy több szakaszból álló folyamat, amely komplexitásából kifolyólag nem tekinthető lineárisnak. A ráeszmélés identitáskrízist eredményez, s az elfogadás, a meleg identitás beépülése a személyiségbe elhúzódhat hosszú évekig, megtorpanhat egy időre, majd folytatódhat, illetőleg teljesen stagnálhat. Richard Troiden (1989) szerint ideális esetben a meleg identitás kialakulása a következő szakaszból áll:

1. Szenzitizáció; a különbözőség érzése.
2. Felismerés; identitáskrízis.
3. Identitásfelvállalás.
4. Elköteleződés; az identitás integrációja.⁴

A homoszexualitás társadalmi megítélése

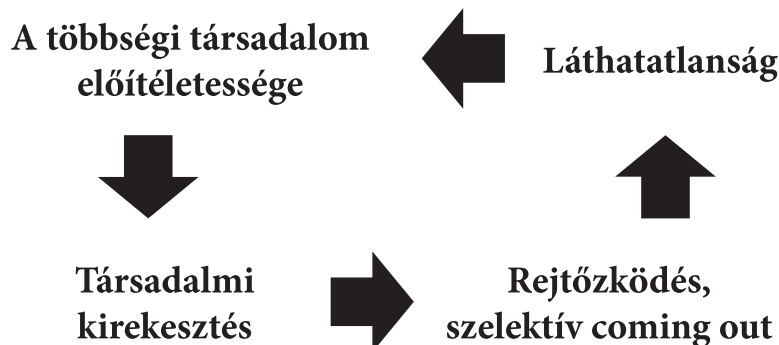
A többségi társadalom szexuális kisebbségek iránt érzett ellenszenv, és egyúttal a homoszexualitás kriminalizációja a zsidó–keresztény hagyományokból ered, s egészen a XVIII–XIX. századig bűnként tartották számon.⁵ A homoszexuális és heteroszexuális szavakat Kertbeny Károly (1824–1882) használta először 1869-es értekezésében, amelyben névtelenül emelt szót a porosz fennhatóság alatt élő homoszexuális férfiak büntetőszankciók alóli felszabadításáért.⁶ A homoszexualitást, mint pszichiátriai kórképet 1981-ben törölték a WHO Betegségek Nemzetközi Osztályozásának Rendszeréből. A XX. század közepétől a homofil mozgalmaknak köszönhetően a magánügy diskurzus is megjelent, illetőleg az 1960-as évektől, a Stonewall lázadást követően egyre általánosabbá vált az emberjogi megközelítés.⁷ A közvélemény gondolkodása azonban nem tartott lépést a homoszexualitás megítélésében bekövetkezett változásokkal, így a mai magyar attitűdvizsgálatok igen vegyes képet mutatnak. Egy 2010-es vizsgálat^{*} során az egyik kérdés arra irányult, hogy a válaszadók 1–5-ig terjedő skálán (1= teljes egyet nem értés, 5= teljes egyetértés) értékeljék, mely jellemző kategóriákkal értenek leginkább egyet. A lakossági mintába tartozók között a legelterjedtebb nézet a magánügy diskurzus (átlag: 4,20), második helyen a deviancia (4,04) áll, amelyet a betegségként értelmezés (3,68) követ a sorban. Az emberi jogi értelmezés közel ugyanannyi átlagot ért el, mint a betegség-diskurzus, miközben az LMBT almintában toronymagasan vezet (átlag: 4,74).⁸

Az empirikus vizsgálatom ismertetése

Célkitűzés

Vizsgálatomban arra kerestem választ, melyek lehetnek az LMBT emberek coming out folyamatának különböző szintjein fellépő gátló, ill. katalizáló tényezők. Kutatásom hipotéziseként megállapítottam, hogy a szexuális kisebbségek az élet szinte minden területén társadalmi kirekesztést szenvednek el, ezért a diszkrimináció elkerülése érdekében megválogatják azokat a személyeket, akik előtt coming out-olnak (*szelektív coming out*). A nyilvánosság előtti coming out, valamint a természetes being out tehát rendkívül ritka jelenségek. A többségi társadalomban az LMBT emberek láthatatlansága és a téma tabusítása, ill. nem megfelelő média-beli reprezentációja gerjeszti az előítéletekességét. Hosszú távon a társadalom toleránsabbá válását eredményezné a szexuális kisebbség tagjainak

nagyobb arányú előbújása, amelyet azonban az előítéletektől való félelmük gátol. Kutatómunkámban ezt a cirkuláris folyamatot próbáltam megragadni, amelyről az alábbi ábrát készítettem:



1. sz. ábra: A társadalmi kirekesztő mechanizmusok

Módszer

Vizsgálatomat Csongrád megyében végeztem, 2010 áprilisától októberéig. A kutatás a szexuális kisebbségekre irányult: tíz LMBT személlyel készítettem előre összeállított kérdéssor alapján mélyinterjúkat. A vidékiek – a fővárosban élőkkel szemben – alulrep-rezentáltak az LMBT-kutatásokban, ezért fókuszáltam éppen rájuk. A többségi társadalomban uralkodó heteroszexizmus nehezíti meg leginkább az LMBT emberek számára önmaguk mások előtti felvállalását, tehát személyes ismeretség révén kellett elindulnom, majd hólabdamódszerrel folytattam a mintavételt. A 2009 december – 2010 júniusig terjedő időszakban résztvevő megfigyelőként hetente egy alkalommal terepmunkát (*field work*) végeztem a Dél-Alföldi Melegek Baráti Körében (Damkör), Szegeden.

A válaszadók szocio-demográfiai adatai:

- **Résztvevők száma:** 10 LMBT személy
- **Életkor:** 2 fő 19 éves, 6 fő 20-28 éves, míg 2 fő 30 év feletti.
- **Társadalmi nem:** 7 férfi és 3 nő (a nők közül ketten transznők**).
- **Lakóhely:** 8 fő városban, ill. 2 fő községben él.
- **Legmagasabb iskolai végzettség:** 4 fő érettségivel, 4 fő OKJ-s szakképesítéssel és 2 fő diplomával rendelkezik.
- **Munkahely:** 3 fő egyetemi hallgató, 5 fő dolgozik, míg 2 fő álláskereső.

A mélyinterjúk főbb témakörei (kiemeltem a jelen tanulmányban tárgyaltakat) :

- Családtaggal való kapcsolat, családi légkör, kommunikáció és problémamegoldó stratégiák
- A coming out előtti évek, „jelek” és információkeresés
- Coming out az élet különböző szinterein
- LMBT egyesületekkel és közösségi programjaikkal kapcsolatos attitűdök
- Az LMBT emberek médiabeli reprezentációja
- Diszkriminációs tapasztalatok
- A társadalmi előítéleteség okai, Az előítéleteség csökkentésére tett javaslatok

Eredmények

1. A coming out előtti évek, „jelek” és információkeresés

Előbújásuk előtt attól tartanak, szeretteik átdefiniálnák az addigi kapcsolatukat a társadalomban általánosan elterjedt sztereotípiák fényében, ezért gyakran évekig titkolóznak. Válaszadóim közül kivétel nélkül mindenki internetről gyűjtötte be azt a tudásanyagot, amely elősegítette az identitástolerancia kialakulását. A mára idejétmúlt bűn-, betegség- és deviancia-értelmezéseket többen önmagukra is igaznak vélik az identitástoleranciát megelőző identitáskonfúzió és identitás-összehasonlítás szakaszokban, ezért ilyenkor élnek meg személyiségük nagy viharait, csökken önbecsülésük, vagy az érzések lefojtásra kerülnek.

„Utáltam a világot, magamat és a hülye állapotomat egyaránt.” (Kaworu, 26)

Azok a válaszadók, akik még általános iskolában ráébredtek szexuális orientációjukra, egyidejűleg azt is megérezték, hogy „*ezt titkolni kell.*” Válaszadóim kivétel nélkül az elutasítástól, kiközösítéstől, előítéletekkel való szembesüléstől, kapcsolataik megromlásától vagy titkuk kitudódásától féltek az első coming out-ot megelőző években.

„Az első előbújások előtt attól féltem, hogy elfordulnak tőlem, vagy megváltozom a szemükben.” (János, 23)

2. Coming out az élet különböző szinterein

2. 1. Coming out a barátok előtt

A válaszadók túlnyomórészt lánybarátaiknak beszéltek szexuális orientációjukról, amit a nők nagyobb toleranciájával magyaráztak. A barátnők jól fogadták a hírt, ezek a kapcsolatok általában még szorosabbá váltak az előbújást követően.

„Amikor az első pár barátnővel beszéltem erről, rájöttem, hogy nem vagyok egyedül, vannak, akik ezt elfogadják.” (Csaba, 24)

2.2. Coming out a család előtt

Más kisebbségi csoportokkal szemben az LMBT emberek megkülönböztetése gyakran a saját családjukban kezdődik, ami azzal is összefüggésben állhat, hogy a családtagokban erősen élnek a melegséggel kapcsolatos sztereotípiák.²

„Miután anyu elolvasta azt az SMS-t, felpofozott. Később azt is mondta, hogy ezek után nem vagyok a gyereke.” (Márk, 19)

Márk lebukása után édesapjával való kapcsolata „hidegebb” lett, bátyjával „még rosszabb”, húgát pedig fiatal kora végett nem világosították fel a történekről. A kellemes családi légkört magáénak tudó Csaba és János coming out-ját jól fogadták otthon, ellenben azokban a familiákban, ahol ez a pozitív atmoszféra nincs meg, az előbújások kapcsán nem történt sikeres párbeszéd a homoszexualitásról. Laura (28) édesanyja „irtózik tőle, nem akar erről beszélni”, András (19) szülei szerint fiuk csak beképzeli magának, majd visz haza valami kislányt, és „jöhet a lagzi”, Attila (22) anyja és bátyja pedig meg vannak arról győződve, hogy ezt titkolni kell, mert ha ők ketten elfogadják, Attila zászlókkal fog felvonulni az utcán. András nővére értetlenül állt a helyzet előtt, mivel öccse nem „beteg” vagy „hormonzavaros”, ezért javasolta, nézzen pornót. Az édesapákkal egyik válaszadó sem ápol túl közeli kapcsolatot – János kivételével –, az előbújásra jellemzően úgy reagáltak, hogy gyermekük úgyis tudja, mit csinál, nem szólnak bele a dolgába (a nyílt kommunikáció elmaradt).

Hárman heteroszexuális párkapcsolatban coming out-oltak először. A transznők párkapcsolatai véget értek, és átrendeződtek baráti (barátnői) viszonyra.

„Elmondtam a páromnak, hogy ezt [nemváltás] elkezdtem. (...) Még öt hónapig tartott a kapcsolatunk: kemény félév volt, tele gyötrellemmel, mert továbbra is szerettem egymást.” (Zsófi, 33)

Leticia (39) heteroszexuális kapcsolatából gyermekek is születtek, akiket a két nő („mint két barátnő”) neveli együtt.

„Az egyik lányom 12 éves, iszonyú okos, neki nem okoz ez problémát, mindent tud. A másik 2 éves, ő fel sem tudja fogni – ebben nő majd fel.” (Leticia, 39)

2.3. Coming out az oktatási intézményekben

Az általános és középiskolában gyakran „hülye buzizták” (bullying) a nem heteroszexuálisként azonosított válaszadókat. Attila – belefáradva a zaklatásokba – felső tagozatban iskolát váltott. A felsőoktatásban eltöltött időről minden válaszadó pozitívan nyilatkozott: coming out-oltak lakótár-

sak, barátok, évfolyamtársak előtt. Laura felvállalta önmagát évfolyamtársai és az egyik tanára előtt. Azért határozta el magát erre a lépésre, mert így „nyílt egy csatorna”, mivel azt mutatta, lehet vele erről a témáról beszélgetni. Elmondása alapján jól sikerült előbújása: *többen gratuláltak bátor tettehez.*

2.4. Coming out a munkahelyen

A többség elzárkózik a **munkahelyi coming out** elől. Félelmük nem alaptalan, mivel a 2007-es LMBT kutatás szerint minden harmadik válaszadó tapasztalt diszkriminációt munkahelyén.² Csaba felfedte titkát kollégái előtt, mert kezdte úgy érezni, beilleszkedett: *„Az őszinteség a legjavasoltabb, mivel, ha mindenki beszél a magánéletéről, úgy illendő, hogy én sem titkolózok.”* Norbi (24) munkahelyén *„néha-néha van coming out”, de ez nem okoz gondot, mert „nem hirdeti” magáról és nem „buzis”.*

3. LMBT emberek médiabeli reprezentációja

A válaszadók többsége talált kifogásolnivalót a médiareprezentációkat illetően. András szerint *„a melegekről a médiában alkotott kép inkább negatív, de próbálják úgy előadni, mintha nem lenne az.”* János e képet *„teljesen torznak”* tarja.

3.1. Kiemelt negatívumok:

- talk show-k „feltűnősködő” meleg szereplői: *„gyakran lejáratják magukat éppúgy, mint a többi meleget.”*
- melegfelvonulásról közvetített kép: *„mindig csak azt a pár transzvesztitát mutatják a TV-ben.”*

3.2. Kiemelt pozitívumok:

- komolyabb, színvonalas filmek a szexuális és/vagy etnikai kisebbségekbe tartozók sorsáról.
- LMBT tematikájú sorozatok: viszonylag reális képet közvetítenek
- népszerű sorozat egyik karakterének coming out-ja: *„ha eddig szimpatikus volt egy heteroszexuális nézőnek, látta, hogy a többi szereplővel jó a viszonya, segítőkész – majd kiderül róla, akkor ez hasznos lehet.”* (Csaba, 24)
- melegségüket nyíltan vállaló hírességek
- transzsexualitás ábrázolása javult: *„egyre inkább közelít a valósághoz a médiumokban lefestett kép rólunk”* (Zsófi, 33)

4. Diszkriminációs tapasztalatok

Minden válaszadó tapasztalt közvetlen környezetben szóbeli előítéleteességet, „buzizást”, homofób vicceket, valamint legtöbbször szocializációs színtereken történő tabusításról és nem megfelelő média-

beli reprezentációról is beszámoltak. Negatív tapasztalataikat mégsem nevezték diszkriminációnak feltehetőleg az elhárító mechanizmusok és a gyenge jogtudatosság miatt.

Megbeszélés

A kutatás eredményei azt mutatják, hogy az LMBT emberek szinte kivétel nélkül találkoznak előítéletességgel, ezért szexuális orientációjuk nyílt felvállalása keveseknek adatik meg. A válaszadók közül senki nem jutott el erre a szín-

tre – többségük nem is akar vagy mer, tehát meleg identitásfejlődésük (egyelőre) stagnált. A válaszadók LMBT-mivoltukból kifolyólag életük folyamán többször szembesültek azzal, hogy a humán ökörendszer egyes szintjei számukra nem működtek természetes támaszként. Az alábbi táblázatban*** arra tettem kísérletet, hogy beépítem az LMBT embereket ért megkülönböztetés problematikáját Welch humán ökörendszer modelljébe.⁹

A szociális munka feladata segíteni a probléma megoldását, amely az egyén és az öko-

Szint	Nem jól működő természetes támasz jellemzői	Lehetséges diszfunkciók az LMBT személy és az egyes szintek interakciójában
I. Fizikai	„Az alapvető fizikai szükségletek kielégítetlenek. A betegség gyakoribb, mint az egészséges állapot. (...)”	A coming out-ot követően veszélybe kerülhet az egyén gazdasági, szociális biztonsága: pl. elveszítheti munkahelyét, ami később pszichoszomatikus megbetegedéshez vezethet.
II. Intrapersonális	„A hangulatok és érzelmek általában negatívak, vagy nem kontrolláltak. Alacsony önértékelés. Problémamegoldó és döntéshozó képesség fogyatékos.”	Az identitáskriszisz szakaszában jellemző állapot, ekkor jellemzően feszült pszichológiai állapotokkal kell megküzdenie – általában egyedül!
III. Interperszonális	„Hiányoznak az alapvető támaszt és szeretetet nyújtó kapcsolatok, ill. ha vannak, akkor destruktívak.”	Fontos kapcsolatok destruktívvá válhatnak vagy megszakadhatnak a coming out után.
IV. Család	„Hiányoznak a család, ill. más kiscsoportok, vagy a bennük levő kapcsolatok destruktívak. Nincs közeli hálózat, amihez fordulhatna, amikor erre szüksége lenne.”	A teljes izoláció különösen az idősebb LMBT embereket veszélyezteti, akiknek nincs családja, vagy a coming out után megszakadtak ezek a kapcsolatok.
V. Helyi közösségek	„Közösségi intézmények és szervezetek hiányoznak vagy nem jól működnek. Alapvető szociális szükségletek részben vagy egészben kielégítetlenek.”	Kirekesztődés a helyi szervezetekből. Az LMBT közösség alulról jövő szerveződése alternatívákat kínál: önszervező csoportok, szabadidős klubok, vallási közösség, stb.
VI. Kulturális	„A kulturális identitás zavart vagy konfliktusos. Dominál a rasszizmus, diszkrimináció és/vagy az egyén peremre szorul. A gyors társadalmi változás kulturális vákuumot vagy a kultúra elsorvadását idézi elő.”	A konfliktusos kulturális identitásra válaszul az egyén egyre inkább elköteleződik az LMBT szubkultúra irányába. A többségi társadalom tagjai azonban fenyegetésnek vélhetik a szubkultúrát – feltéve, ha egyáltalán a létezését elismerik.
VII. Állam, nemzet	„A szociális, politikai, gazdasági rendszer nem működik, igazságtalan vagy totalitárius.(...)”	Tabusítás és nyílt diszkrimináció a törvényalkotásban, oktatásban, egészségügyben, a munka világában. A társadalmi kirekesztés elleni küzdelem egyik fő eleme az előítélet prevenció ezen a területen (is).

2. sz. ábra: A humán ökörendszer mint problémaforrás az LMBT egyén életében

rendszer valamely szintje(i) között lépett fel. Az LMBT ügyeket felkaroló szociális munkásnak jól felkészültnek és toleránsnak kell lennie, amelyhez nagyban hozzájárul, ha a szakmai képzés keretein belül megbízható információkat kap a szexuális kisebbségekről. A természetessé vált szexuális kisebbségekről folytatott szakmai kommunikáció talán motiváltabbá tenné az LMBT szociális munkásokat a coming out-ra, akiknek többsége ma még nem meri felvállalni önmagát. Fontosnak tartom, hogy a szakma (elsősorban az iskolai szociális munka) aktívan szerepet vállaljon az oktatási

intézményeken belüli tabusítás megszüntetésében. A szexuális kisebbségekre nézve diszkriminatív jogrendszer kedvező módosításáért történő lobbizást legfőképpen az LMBT egyesületek és más civil szervezetek vállalják fel – köreikben több szociális munkás is dolgozik. A szivárványcsaládokban felnövő gyermek egészséges pszichés fejlődését sokan kétségbe vonják – még a segítő szakmán belül is –, ezért úttörő jelentőségűnek tartanék egy körükben végzett gyermekrajz elemzésre épülő kutatást.

Végjegyzék

* „Az egyenlő bánásmóddal kapcsolatos jogtudatosság növekedésének mértéke - fókuszban a nők, a romák, a fogyatékos és az LMBT emberek” c. kutatás. Az Egyenlő Bánásmód Hatóság megbízásából készítette az MTA Szociológiai Kutatóintézete.

** A transznő biológiai neme szerint férfi, társadalmi neme szerint viszont már nő. A nemváltás (transition) folyamatának valamely szakaszában van. Az önmeghatározások különbözőek: többen a műtétek után a választott nemi szerep szerint élnek – nőként definiálják magukat, elhagyva a transz- jelzöt –, míg mások később is a transzsexuális (sors)közösség tagjai maradnak.

*** A szintek elnevezése és a „Nem jól működő természetes támasz jellemzői” címmel ellátott oszlop Welch munkája.

Irodalomjegyzék

1. Magyarország Alaptörvénye. L) cikk, 1. pont (Közzétéve: Magyar Közlöny, 2011/43.)
2. **Takács Judit – Mocsonaki László – P. Tóth Tamás:** A leszbikus, meleg, biszexuális és transznemű (LMBT) emberek társadalmi kirekesztettsége Magyarországon. IN: Esély, 2008/3 p16-54
3. **Béres-Deák Rita (szerk.):** Már nem tabu: Kézikönyv tanároknak a leszbikusokról, melegekről, biszexuálisokról és transzneműekről (Budapest, Labrisz Leszbikus Egyesület, 2002)
4. **Cole, Michael – Cole, Sheila R:** Fejlődéslélektan (Budapest, Osiris Kiadó, 2006)
5. **Pálmai Judit – Pikó Bettina:** Homoszexualitás és sztereotípiák egy kvalitatív vizsgálat tükrében. IN: Társadalomkutatás, 2006, Vol.24 (2) p235-260
6. **Takács Judit:** Kertbeny Károly és a magánélet szabadsága. IN: HOLMI, 2008/12 p85-98
7. **Tóth László:** Vélemények a homoszexualitásról. IN: Esély, 2008/3 p55-81
8. **Takács Judit:** Homofóbia Magyarországon és Európában IN: Takács Judit (szerk.) : Homofóbia Magyarországon. (Budapest, L'Harmattan, 2011)
9. **Woods, Ronald:** A szociális munkások tevékenységeinek egy lehetséges rendszerezése. IN: Hegyesi Gábor- Talyigás Katalin (szerk.): A szociális munka elmélete és gyakorlata; 1. kötet: Általános szociális munka. (Budapest, Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, 2004)

Coming out. Coming out?! Identity development of lesbian, gay, bisexual and transgender people at the crossfire of prejudice

Anikó Versegi

University of Szeged, Faculty of Health Sciences and Social Studies

Department of Social Work and Social Policy

e-mail: anikoversegi@yahoo.com

Keywords: lesbian, gay, bisexual, transgender, sexual minority, homosexuality, coming out, prejudice, discrimination, social exclusion.

Summary

Introduction: Lesbian, gay, bisexual and transgender (LGBT) people suffer social exclusion in the area of most important socializational scenes, employment and healthcare. The Basic Law, which has entered into force 1 January 2012, excludes sexual minorities from the institution of marriage, because it defines marriage as a „life community which has been established voluntarily by one man and one woman.”¹ Invisibility of sexual minorities, making LGBT themes taboo as well as inappropriate media representations generates prejudice in majority society. According to a Hungarian LGBT research, most of the responders cannot come out, because heterosexuality is a basic criterion to achieve social esteem.² Sexual minorities are forced into the closet to avoid social exclusion; however their invisibility increases prejudice in the majority society.

Aim: The purpose of this study was to find out interfering and catalyzing factors at different levels of coming out process. I was intended to examine their effects of LGBT identity development.

Methods: I took up in-depth interviews with ten LGBT people from Csongrád County, as well as participated in gatherings of Dél-Alföldi Melegek Baráti Köre (Damkör)^{1*}. I used snowball method to sample.

Results: Every responder experienced verbal prejudice in their immediate environment; most of them faced to homosexuality as taboo in socializational scenes and inappropriate media representations. Laura (28) who takes part in Gay Pride March regularly claims *‘broadcast of Gay Pride March is misleading, because only that just few transvestites are shown on TV.’* Attila’s (22) mother and elder brother completely misunderstood his coming out because of extreme media representations: *‘according to them it has to be a secret, so they don’t accept it because they don’t want me to march on the streets with flags.’* Our responders do not describe these incidences as discrimination – probably it is a defense mechanism –, however all of them agreed coming out would be easier as a member of a (more) tolerant society.

Conclusion: The results confirm my hypothesis which states exclude mechanisms obstruct sexual minorities to develop, accept and persuade their environment to accept their LGBT identity. In my opinion we must support their equal opportunities by increase their visibility in curriculum, broadcast real media representations and accomplish prejudice prevention in education.

¹ * ‘Gay Friends Club in Southern Great Plain’ (www.damkor.hu – hun)

TUDOMÁNYOS FÓRUM

Változások a congenitalis vitiummal született gyermekek ellátásában az elmúlt 30 évben

Gábor Katalin PhD

főiskolai docens

SZTE Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar

Alkalmazott Orvostudományi Szakcsoport

e-mail: gaborka@etszk.u-szeged.hu

Kulcsszavak: congenitalis vitium, gyermekkardiológia, intervenciós szívkatéterezés, szívatültetés, életminőség

Boda Domokos professzor úr írja a Lozsádi – Környei Gyermekkardiológia könyv előszavában: „Fél évszázados klinikai pályafutásom kezdetén a congenitalis vitiumokkal nem sokat foglalkoztunk, úgysem lehetett velük mit tenni.” (1)

Az 1980-as években, pályakezdésem idején, a gyermekkardiológia már rendelkezett lehetőségekkel, de a betegek egy része krónikusan súlyos állapotú volt. Az osztályokon mindig feküdtek dystrophias bal jobb shunt-ös csecsemők, akiknek súlyfejlődése nem indult el, sokszor fogytak is, születési súlyukat sem érték el. Egyik obstructiv bronchitisből a másikba estek, jobb- és balszívfél elégtelenségüket gyógyszeresen nem lehetett mindig kompenzálni. Testi és mozgásfejlődésükben jelentősen elmaradtak, és csak hosszas küzdelem után lehetett őket olyan állapotba hozni, hogy a palliatív műtét elvégezhető legyen. A korrekciós műtetre esetenként csak a pulmonalis szűkítéssel palliált kamrai sövényhiány shuntjének megfordulása után került sor.

A másik csoport a jobb-bal shunt-ös, chronikusan hypoxiás, dobverő ujjú betegeké volt, akiknél sokszor haemodilutiot kellett végezni az olykor 80% feletti haematocrit érték miatt. Besűrűsödött vérük következtében előfordultak súlyos központi idegrendszeri szövödmények, agyembólia, agytályog.

A kép mára jelentősen megváltozott. Sokkal rövidebb a korrekciós műtét előtti időszak, a betegek nem kerülnek dystrophias állapotba, az infekciók is ritkábbak. Gyakran teljes korrekción átesett, jó állapotú csecsemők távoznak, és a palliatív műtéten átesettek korrekciója is sokkal fiatalabb korban történik. Mi is az oka ezeknek a jelentős változásoknak?

Az egyik legfontosabb tényező, hogy az új diagnosztikus és terápiás lehetőségek széles körben tudatosultak, és hozzáférhetővé váltak a neonatológusok és gyermekorvosok számára, hiszen ha ők nem küldik időben a betegeket, hiába épült ki a gyermekkardiológiai hálózat.

A korai diagnózis felállításában óriási szerepet játszik a kétdimenziós és doppler ultrahang vizsgálatok lehetősége, majd a két dimenziós speckle tracking imaging és bizonyos esetekben más modern képalkotó eljárások alkalmazása, melyek akár súlyos állapotú betegnél is elvégezhetők, gyakorlatilag veszélytelenek, és nagyon informatívak nemcsak a szív anatómiájának ábrázolásában, hanem funkciójának vizsgálatában is. Ezek a vizsgálatok jelentősen csökkentették a lényegesen invazívabb diagnosztikus szívkatéterezések szükségességét. (1, 2, 3)

A terápiás beavatkozások terén jelentett újdonságot az intervenciós szívkatéteres lehetőségek jelentős bővülése. A már előzőleg is használt Rashkind septostomián kívül – a modern eszközök segítségével – lehetővé vált billentyűk, majd erek tágítása, stent beültetése, rendellenes összeköttetések zárása a mellkas megnyitása nélkül. (4)

Nagy előrelépést jelentett a csecsemők és akár újszülöttek extracorporalis szív-műtétjét lehetővé tevő sebészeti technikai eszközök megjelenése és bevezetése, az új gyógyszerek, anaesthesiológiai és intenzív terápiás lehetőségek. A korai diagnózis és beavatkozás lehetősége azért nagyon fontos, mert a szív és más szervek fejlődése nem fejeződik be a megszületéskor, hanem még hetekig, hónapokig tart, és ennek a fejlődésnek feltétele a jó vérellátás. Ebben az időszakban a szívizom még

képes hyperplasiára is, amit arányos coronaria angiogenesis is kísér, míg a későbbiekben a szívi-zomzat már csak hypertrophical. (1) A korai korrekció tehát a távlati életkilátások szempontjából is nagy jelentőségű.

Az utóbbi években Magyarországon is hozzáférhetővé vált a gyermek szívtranszplantáció. 2007-ben végezték az első ilyen beavatkozást gyermeknél, 2008-ban pedig csecsemőnél Budapesten, a Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet Gyermekszív Centrumában. Miután a donor megtalálása hosszú időt vehet igénybe, a beavatkozás kivárását lehetővé tevő keringést támogató eszközök alkalmazása is létfontosságú. (5, 6)

A haladás állandó és rohamos. Történt már a Világban stentre rögített biológiai (bovin) billentyű transcutan beültetés, alkalmaznak úgynevezett hibrid (sebészi beavatkozást és intervenciót kombináló) technikát, léteznek biológiai lebomlású stentek, gyors előrelépések vannak az intrauterin kardiológiában, nemcsak a vizsgálatok, hanem az interauterin intervenciók terén is. (4)

Ezek az új lehetőségek nemcsak a veleszületett szívbeteg gyermekek állapotában hoztak nagy előrelépést, de jelentősen javítják késői életminőségüket és életkilátásaikat is.

Irodalom:

1. **Lozsádi K., Környei V.:** Gyermekkardiológia Akadémiai Kiadó 2000
2. **López M. C, Torrent G. et al.** JMRev Esp Cardiol. 2009 Jan;62 Suppl 1:39-52.
3. **Goffinet C, Vanoverschelde J.L:** Speckle Tracking Echocardiography European Cardiovascular Disease 2007
4. **Abadir S, Sarquella-Brugada G:** Advances in paediatric interventional cardiology since 2000. Arch Cardiovasc Dis. 2009 Jun-Jul;102(6-7):569-82.
5. Európai szintű a gyermek-szívátültetés Magyarországon [origo] egészség 2007. november 26. http://egeszseg.origo.hu/cikk/0747/816666/20071125_gyermekszivatultetes_gottsegen_gyorgy_orzagos_kardiologiai_intezet_1.htm 2012. január 19.
6. Sikeres az első magyarországi csecsemő-szívtranszplantáció [origo] 2008. március 26. http://egeszseg.origo.hu/cikk/0813/811625/20080326_szivtranszplantacio_csecsemo_magyarorszag_1.htm 2012. január 19.

Az antibiotikum rezisztencia terjedése Európában

Gunics Gyöngyi PhD

főiskolai docens

SZTE Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar

Alkalmazott Orvostudományi Szakcsoport

e-mail: ggyongyi@etszk.u-szeged.hu

Kulcsszavak: antibiotikum rezisztencia, *Escherichia coli*, superbaktérium

Az antibiotikumok-, illetve kemoterápiás szerekre rezisztens baktériumok, gombák, protozoonok és vírusok aránya fokozatosan emelkedik.

Az egyes antibiotikummal szemben kialakult rezisztencia mellett az egyidejűleg több szerkezeti-
leg nem hasonló gyógyszerre kialakult polirezisztencia nemcsak mikroorganizmusoknál, de
daganatsejteknél is előfordul. Ez az ún. multidrug-rezisztencia (mdr) a kemoterápiát igénylő rossz-
indulatú daganatok kb. 80 %-ában jelentkezik (1).

Klinikailag a rezisztenciát úgy észleljük, hogy a beteg állapota a kezelés ellenére is fokozatosan
romlik.

Az antibiotikumok gondatlan alkalmazásának következményeként megjelennek a kórokozók által
okozott fertőzések. Magyarországon 2010-ben 2500 multirezisztens kórokozó által okozott fertőzést
jelentettek, melynek következtében 700-an haltak meg. Becslések szerint az Európai Unióban évente
több mint 25. 000 ember halálát okozzák az antibiotikumok gondatlan alkalmazása következtében
kialakult rezisztens baktériumok által okozott fertőzések (2).

A WHO által szervezett 2011. ápr. 07. Egészségügyi Világnap témája volt az antimikrobiá-
lis szerekkel szembeni rezisztencia terjedése. Felszólítottak minden fontos kulcsszereplőt, hogy
felelősségteljesen használják az antibiotikumokat, hiszen ez az antibiotikum-rezisztencia elleni
küzdelem helyes útja.

Az antimikrobiális rezisztencia felbukkanása komplex probléma. A WHO Európai Régiója
együttműködik a tagállamaival az antibiotikum monitorizálásában (surveillance), az indokolt anti-
biotikum alkalmazásában, az infekció (fertőzés) kontrollban illetve a kutatásban.

A WHO készített egy stratégiai akcióttervet, amelyet 2011. szeptemberben mutatott be a
Regionális Közgyűlésen a WHO Európai Régió összes egészségügyi miniszterei előtt, mely során,
többek között a helyes antibiotikum alkalmazására hívták fel a figyelmet.

Az egészségügyi intézményekben a helyes infekció kontroll gyakorlat, a kéz-higiéniával kezdve,
jelentősen csökkentette a multirezisztens kórokozók előfordulását, pl. a methicillin-rezisztens
Staphylococcus aureus (MRSA) gyakoriságát.

Új superbaktérium?

Már a közönséges bélbaktériumokban is kimutattak egy olyan enzimet, amely lehetővé teszi
a kórokozók számára, hogy ellenálljanak a korábban hatékony antibiotikumokkal szemben. Az
új kórokozókval való fertőződést egyaránt kísérheti láz, tüdőgyulladás és a sebek elfertőződése.
2010-ben Nagy-Britanniában találtak ilyen típusú baktériumot. Az új kórokozók attól függően,
hogy az enzimet melyik baktérium species termeli, a bélcsatornában, a tüdőben vagy a húgyutak-
ban okozhatnak tüneteket.

Valójában „új superbaktérium”-ról van-e szó, és mekkora a valós fenyegetés?

A Lancet fertőző betegségekkel foglalkozó folyóirata az Enterobacteriaceae családba tartozó bak-
tériumokról ír. Jól ismert bélbaktériumok, többek között az *Escherichia coli* is ide tartozik. Az *E. coli*

minden ember bélcsatornájában megtalálható, és normális esetben semmilyen problémát nem okoz. Hasznos tulajdonságai közé tartozik az emésztés segítése, az immunfolyamatok szabályozása.

Az *E. coli* species azonban „kétarcú” baktérium, léteznek igen veszélyes törzsei is, amelyek akár halálos bélfekélyeket is kiválthatnak. Ilyen pl. az O157:H7-es törzs, amely „hamburger-coli” néven is ismert: a törzset a nem kellően átsütött hamburgerek okozta fertőzések során izolálták az 1990-es évek elején az Egyesült Államokban.

Amiről most szó van, az nem egy új „szuperbaktériumfaj” megjelenése, hanem az NDM-1 elnevezésű enzim (tudományos neve: New Delhi-metallo-béta-laktamáz) megjelenése az *E. coli* baktérium egyes törzseiben. Ez valóban újdonságot jelent, hiszen az *E. coli* fajokból még sosem mutatták ki ezt az enzimet.

Az NDM-1 elnevezésű enzim jelenléte azért jelent veszélyt, mert újabb és újabb baktériumfajokba átkerülve rezisztenssé teheti azokat az ellenük addig általánosan alkalmazott antibiotikumokkal szemben. Ilyen antibiotikumok az ún. karbapenemek is, amelyek a baktérium sejtfalszintézisének gátlásával fejtik ki hatásukat. Ezeket az antibiotikumokat általában csak az intenzív osztályokon alkalmazzák olyan esetekben, amikor valakinél igen nehezen kezelhető, multirezisztens baktérium által okozott fertőzést diagnosztizálnak (3).

Új-Delhiről kapta nevét a multirezisztenciát okozó enzim, hisz először ott izolálták. Már hazánkban is hosszú ideje jelen vannak olyan baktériumtörzsek, amelyek hordozzák az NDM-1-hez hasonló enzimeket. Valójában egy enzimesoport -metallobéta-laktamáz-ról van szó. Nagy Britanniában a kórházi betegekből ezt az enzimet az *E. coli* baktériumokban mutatták ki és ez számít valódi újdonságnak (plasmid transfer útján) adhatják át az antibiotikum rezisztenciát (4).

A jövő útja: nanotechnológia alkalmazása

Olyan nanorészecskéket állítottak elő az IBM kutatói, melyek labor kísérletekben sikeresen vették fel a versenyt az antibiotikumoknak ellenálló baktériumokkal. A nanorészecske úgy célozza meg és pusztítja el a veszélyes baktériumokat pl. a methicillin rezisztenciát hordozó *Staphylococcus aureus*-t, hogy az egészséges sejteknek nem árt.

Az új technológiát előbb állat kísérletekben tesztelik, mielőtt a humán kipróbálás megkezdődne. Az emberi hajszál vastagságánál 50.000-szer kisebb átmérőjű nanorészecskék elektromos töltése miatt a baktériumok ellentétes előjelűen töltött membránjának felületéhez kötődik, majd lyukat üt rajta, melyen keresztül kiüríti a kórokozót. A fertőzött sejtek elpusztulnak, a kutatók reményei szerint a baktériumok így képtelenné válnak arra, hogy rezisztenciát alakítsanak ki a bevitt gyógyszerrel szemben.

Irodalomjegyzék

1. **Quelette, M., Légaré, D., Papadopoulou, B.:** Microbial multidrug-resistance ABC transporters. *Trend in Microbiol.*, 1994, 2: 407-410.
2. <http://www.who.int/world-health-day/2011/en/index.html> (2011.09.30.)
3. **Carrer, A., L. Poirel., H. Eraksoy., A. A. Cagatay., S. Bador, and P. Nordmann:** Spread of Oxa-48 positive carbapenem-resistant *Klebsiella pneumoniae* isolates in Istanbul, Turkey. *Antimicrob. Agents. Chemother.* 2008, 52: 2950-2954.
4. **Crowder, M. W., I. Spencer, and A. I. Vila.:** Metallobéta-lactamases: novel Weaponry for antibiotic resistance in bacteria. *Acc. Chem. Res.* 2006, 39: 721-728.

Fókuszban a NASH (Nem Alkoholos Steatohepatitis)

Jármay Katalin PhD

főiskolai tanár

SZTE Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar

Alkalmazott Orvostudományi Szakcsoport

e-mail: jaka@etszk.u-szeged.hu

Kulcsszavak: zsírmáj, steatohepatitis, májcirrhosis, inzulin rezisztencia.

A NASH a nem alkoholos májbetegség (NAFLD) széles spektumában az a kórkép, melyben a klinikai és szöveti jelek nagyon hasonlóak az alkoholos zsírmájban zajló gyulladásához, de a beteg bizonyítottan nem fogyaszt szeszesítalt. A nem vírusos eredetű májbetegségek témakörében az utóbbi években számos nagyon érdekes közlemény jelent meg, mely a kórkép fontosságára, gyakoriságára hívja fel a figyelmet. A nyugati országokban a soványak között 3%, a kövérekben 20%, nagyon kövérekben (BMI>30) 50%-ban fordul elő. A gyulladás nélküli zsírmáj a NAFLD előfordulása még gyakoribb, az átlagos populációban 20%, a kövérekben 50-70%, gyermekekben 2,6%, de kövér gyermekekben 22-58%. Viscerális típusú obesitas esetén a NASH kockázata hatszoros. A kórkép háttérben elsősorban az obesitas, a 2. típusú cukorbetegség, a metabolikus X syndroma és az ezek következtében kialakult inzulin rezisztencia áll. Az elmúlt 10 évben az obesitas és a diabetes mellitus előfordulásának növekedésével párhuzamosan a NASH esetek száma is rohamosan növekedő tendenciát mutat, ugyanakkor kezelése nincs megoldva.

A nem alkoholos steatohepatitis az esetek körülbelül 5%-ában alakul át májzsugorrá. Ma is használjuk az úgynevezett cryptogen cirrhosis fogalmát, amikor nem tudunk megfelelő etiológiai tényezőt kimutatni a májzsugor háttérben. Ezek egy része lehet NASH következménye. Egyértelműen megállapították, hogy a NASH háttérben az inzulinrezisztencia áll, amelyhez jelentős lipidanyagcsere-zavar társul, s ez vezet a máj elzsírosodásához. A nem alkoholos zsírmájból idővel gyulladás, később fibrosis (a kötőszövet felhalmozódása), cirrhosis (kóros szöveti szerkezetű máj), legvégül pedig végstádiumú májbetegség, illetve a folyamat esetleges még további progressziójával hepatocellularis carcinoma, azaz májrák alakulhat ki. Hogy az esetek egy részében mi okozza a gyulladásos sejtes infiltrációt és a fibrosis megindulását, azaz a steatohepatitis, majd a cirrhosis kialakulását, az még nem tisztázott.

Több nagy összefoglaló közlemény jelent meg az utóbbi években a kórképről, melyek közül néhányat kiemelve idézek:

1./ Az elméleti ismereteket összefoglaló közleményben (1) az inzulin rezisztencia hatásait elemzik: az egyik legmarkánsabb alapvető eltérés a magasabb vércukor és kompenzáló hyperinzulinaemia, melyhez krónikus oxidatív stressz társul. Megváltozik a zsírszövet által termelt adipocytokinek aránya. Az adiponectin az egyik legfontosabb ilyen cytokin a plazmában, fontos gyulladáscsökkentő hatással rendelkezik, valamint a májsejtek inzulin iránti érzékenységét is fokozza. Azt találták, hogy NAFLD-ben az adiponectin szintje fordítottan arányos az inzulin rezisztencia mértékével.

2./ A NASH non-invazív diagnosztikája egyre égetőbb problémává válik, mivel ez a betegcsoport mutat progressziót, tehát a mielőbbi felismerés terápiás konzekvenciákkal jár. Számos vizsgálat történt, melyek az egyes biomarkerekre vonatkoztak: az alap májfunkciók nem kellően érzékenyek, az oxidatív stressz, gyulladás, májsejt apoptózis és fibrosis markerei még nem nyújtanak megnyugtató eredményeket. A progresszív betegség igazolására a májbiopszia jelenti az egyedüli elfogadott módszert (2).

3./ A terápiás összefoglalókban (3, 4) az életmódi változások, diéta, kalóriabevitel megszorítás, a fizikai aktivitás növelése az első helyen ajánlott és alkalmazott beavatkozás sor, mely a betegek kis részében jelent csak megoldást. Számos farmakológiai módszer került kipróbálásra: metformin, glitazonok, E vitamin, pentoxiphyllin, statinok, ursodeoxycholsav, probiotikumok, antioxidánsok. A bő tárház arra utal, hogy a gyógyszeres kezelés még nem megoldott, további próbálkozások szükség-

gesek a tartós javulás eléréséhez. A legutóbbi közlemények a cannabinoid 1 antagonistá rimonabant eredményességét igazolták obesitasban szenvedő betegeknél. A szer a glitazonokhoz hasonlóan, de más mechanizmus alapján javítja az inzulin rezisztenciát, illetve emeli az adiponectin szintet is.

4./ 221 NASH-ban szenvedő beteg adatait tartalmazó összefoglaló közlemény adatai alapján – első szövettani vizsgálatot további kettő követte, a vizsgálatok között legalább egy év (átlag 3,7 év) telt el – megállapították, hogy a nem alkoholos steatohepatitisben szenvedő betegek 5-10 százalékánál már a korai szövettani vizsgálat jelentős mértékű fibrosist igazol, és további 15-20 százalékuknál a súlyos fibrosis 10 éven belül kialakul. Eredményeik alapján arra következtettek, hogy a májban zajló gyulladásos folyamat kulcsszerepet játszik a fibrosis progressziójában, mely a nem alkoholos steatohepatitis kezelésének potenciális célpontja lehet (5).

Összefoglalva megállapítható, hogy a NASH kezdetben banális májzsírosodásnak tűnő, de lassan, fokozatosan progrediáló, jelenlegi ismereteink alapján nehezen befolyásolható májbetegség, mely májcirrrosishoz, illetve akár májrákhoz is vezethet. A kórkép gyakoriságának növekedésével a máj-eredetű halálozás egyértelműen fokozódik. Ugyancsak ebben a betegcsoportban mutat emelkedő tendenciát a cardiovascularis halálozás is, mely a kórképpel társuló egyéb betegségek következménye.

Irodalomjegyzék

1. **Leclercq IA et al:** Insulin resistance in hepatocytes and sinusoidal liver cells: Mechanisms and consequences. *J Hepatol* 2007, 47: 142-156.
2. **Wieckowska A et al.:** Noninvasive diagnosis and monitoring of nonalcoholic steatohepatitis: Present and future. *Hepatology* 2007, 46: 582-589.
3. **Chan H et al.:** How should we manage patients with non-alcoholic fatty liver disease in 2007?. *J Gastroenterol Hepatol* 2007, 22: 801-808.
4. **Balas B et al.:** Pioglitazone treatment increases whole body fat but not total body water in patients with non-alcoholic steatohepatitis. *JHepatol* 2007, 47: 565-570.
5. **Argo CK, Northup PG, Al-Osaimi AM, Caldwell:** Systematic review of risk factors for fibrosis progression in non-alcoholic steatohepatitis. *J Hepatol.* 2009, 51: 371-379.

Homeopátia: a népszerű, de vitatott komplementer gyógymód

Joó Gabriella PhD

főiskolai docens

SZTE Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar

Alkalmazott Orvostudományi Szakcsoport

e-mail: joog@etszk.u-szeged.hu

Az olyan komplementer terápiás eljárások, mint pl. az akupunktúra, hipnoterápia, reflexológia, meditációs gyakorlatok, kineziológia, gyógynövények használata, vitaminok-ásványi anyagok pótlása – régóta alkalmazott és széles körben elfogadott módszerek a különböző betegségek gyógyítására vagy a kellemetlen érzetek enyhítésére. Szinte mindenkinek van egy jó tippje, receptje amivel egy adott tünetet már hatékonyan enyhített.

A homeopátia nem új gyógymód, hiszen a XIX. század óta használják, de talán a legvitatottabb mind közül. Hatékonysága sokak szerint kérdéses, hiszen nem léteznek széles körben végzett, ún. multicentrikus, kettős vak, randomizált, kontrollált vizsgálatok, melyek egyértelműen bizonyítanák hatásosságát és amelyeket a konvencionális terápiák esetében a törvény előír, illetve a társadalom elvár. Ennek ellenére az emberek kortól, nemtől, iskolai végzettségtől függetlenül széles körben használják a homeopátiás készítményeket és mindenkinek van róla véleménye.

A vitatott hatékonyság és a bizonyítékok hiánya miatt a homeopátiát a Magyar Tudományos Akadémia 2011. évi állásfoglalásában a „filozófiai alapokon nyugvó” eljárások közé sorolja, mely „háttérének feltárásában természettudományos módszerek mellett más tudományterületeket is érintő komplex kutatások szintén jelentőséggel bírnak” [1]. Homeopátiás ismeretek jelenleg egyik magyar orvosi egyetem tanrendjében sem szerepelnek önálló kurzusként (említést tesznek ugyan róla az alternatív gyógymódok között, illetve a gyógyszerelőállítási technológiáknál), azonban kiegészítő képzésként bárki elvégezheti a Magyar Homeopata Orvosi Egyesület által szervezett tanfolyamot. Hazánkban azonban a homeopátiás gyógyítás csak orvosok által gyakorolható [2]. Az egészségügyben dolgozók napi szinten szembesülnek azzal, hogy valamilyen homeopátiás szert (is) szednek a betegek, hiszen számos orvos javasolja, sőt a páciensek maguktól is beszerzik (ismerősök ajánlása vagy reklámok hatására). Mit is kell tudni erről a vitatott gyógymódról?

A homeopátia tana egy olyan korban körvonalazódott, amikor a fejlődő orvoslás és az egyre terjedő gyógynövényes ismeretek ellenére a lakosság általános egészségi állapota, a higiéniai viszonyok és a korabeli orvosi ellátás igen alacsony szinten stagnált. Olyan erőszakos beavatkozásokkal igyekeztek gyógyítani, mint pl. az érvágás, a piócakúra, purgálás, köpölyözés, hánytatás és olyan mérgező anyagokat használtak gyógyszernek, mint pl. a higany, arzén, ólom. Ekkor kezdte meg orvosi tevékenységét a homeopátia atyja, Samuel Hahnemann (1755-1843) [3]. Kilenc évig praktizált, de cikkeiben folyamatosan bírálta kora gyógyító módszereit és mellette gyűjtötte saját tapasztalatait a különböző hatóanyagokról. Megfigyelte, hogy bizonyos tünetek hatékonyan gyógyíthatók olyan szerek nagy hígításával készült oldatokkal, amelyek egészséges embereken hígíthatatlanul a betegséghez hasonló tüneteket okoznak (pl. náthás, vizesen csepegő orrú betegnek vöröshagyma –*Allium cepa* kivonata, émelygésre, utazás közbeni hányingerre a dohány –*Tabacum*, hígított kivonata adható). Ebből született meg a homeopátia alapelve, a „hasonló gyógyít hasonlót” elv, mely gondolat már Hippokratész korában is felmerült Kr. e. 5. században. A homeopátia elmélete szerint a sokszorosán meghígított és bizonyos rázási eljárással potencionált szerben megerősödik az alapvegyület „életereje”, mely így gyógyhatással bír, mivel mozgósítja a szervezet „öngyógyító” rendszereit. Hahnemann előadásaival és tevékenységével széles tömegeket győzött meg, így már az ő korában elfogadott terápia lett, noha továbbra is fennállt a bizalmatlanság a konvencionális orvoslást folytatók és a homeopátia hívei között. Ő maga kb. 100 szer hatását írta le és a megfigyelt tapasztalatok alapján felállította az egyes szerek „tüneti képét”.

A homeopátiás szerek előállításakor az adott növényi-, állati-, vagy ásványi eredetű hatóanyag alkoholos-vizes kivonatából hígítást készítenek. Az alapoldat többszörös meghígítása, potenciá-

lása folyamán készítenek tízszeres (decimális, D, 1:10), százszoros (centezimális, C, 1:100), ritkán quinquagintamillezimális, Q, azaz 1:1000, és 1:50 000 hígítást, majd kellő számban megismételve az eljárást még tovább hígítják az oldatot az eddigiekhez hasonló arányban és minden lépés után összerázzák (dinamizálják) [3]. Ezt az oldatot viszik fel végül laktóz golyóra. A homeopata orvos a diagnózis felállításakor figyelembe veszi a beteg testi és lelki alkatát, az egyéni tüneteket és a betegség kialakulásának körülményeit. A homeopátia elmélete szerint ugyanis a betegség egyéni tünetek összessége és így a gyógymódnak is egyénre szabottnak kell lennie. A homeopátiát „szelíd gyógymódnak” nevezik, mivel a többszörös hígítás után az eredeti hatóanyagból a legtöbb hígítás esetén egyáltalán nem marad az oldatban, így beadása nem okozhat mellékhatásokat.

A XIX. században a technika fejlődésével azonban jelentős fejlődésnek indult a hagyományos orvoslás is, melynek kimutatható, reprodukálható és mérhető eredményei nem hasonlíthatók össze a homeopátia ezen hiányosságaival. A korabeli orvoslás meghatározó egyéniségei közé tartozott többek között: Semmelweis Ignác (1818-1865) (gyermekágyi láz megelőzése), Robert Koch (1843-1910) (lépfene-, tüdőbaj kórokozójának felfedezője), Louis Pasteur (1822-1895) (lépfene-, kolera-, veszettség elleni immunizálás). Ezen tudósok eredményeit ma már senki nem kérdőjelezi meg, noha pl. Semmelweis tanait sem egyszerűen fogadták el a korabeli orvosok, mégis az idő és a drasztikusan javuló túlélési eredmények, majd a tudományos bizonyítékok végül őt igazolták.

Jelenleg a homeopátiás szerek magyarországi forgalomba hozatala „egyszerűsített eljárással” történik, ami azt jelenti, hogy teljesen az EU ajánlásokat átvéve törzskönyvezhetők, azaz nem kell a szerek hatékonyságát és biztonságosságát bizonyítani (ami a konvencionális gyógyszerek esetén szigorú előírások alapján, évek alatt történik meg). A homeopaták úgy tartják, hogy lehetetlen is lenne tesztelni a hatékonyságot a szerek holisztikus, egyedi megközelítése miatt és amint a 2005. EüM rendelet megfogalmazza: a szerek „ártalmatlanságát a hígítás foka garantálja” [4].

A gyógyszeres elvek szerint, - melyek a termodinamika posztulátumaira visszavezethetők - egy szer hatékonyságának alapja az, hogy megfelelő dózisban adagolva lép kölcsönhatásba bizonyos endogén rendszerekkel a szervezetben. A homeopátiás szerek azonban a sorozatos hígítás miatt általában nem is tartalmazzak hatóanyag molekulát, így hatásmechanizmusuk nehezen összeegyeztethető ezzel az alapelvvel. Az az elmélet pedig, hogy a rázással létrehozott dinamizálás során az oldószernak átadott rezgések váltják ki a szervezetben a gyógyító hatást, ez idáig nem nyert bizonyítást. A homeopátia hatásmechanizmusával kapcsolatban pedig ez a legnehezebben elfogadható magyarázat azaz, hogy a dinamizálás során a vízben létrejövő „rezgés-memória” gyógyít, mely bent marad azután is, hogy az oldat már hatóanyagmolekulát nem tartalmaz. A víz „memóriájának” bizonyítását (elektromágneses rezgések formájában) neves kutatók megkísérelték ugyan [5,6], de ezeket az eredményeket nem lehetett később reprodukálni. Az igaz, hogy a vízmolekulák képesek gyorsan (femtosekundumonként, azaz 10^{-15} sec) változó hidrogén-kötéseket létrehozni egymás között, mellyel a víz nanostruktúrája pillanatról pillanatra megváltozik [7], de ez az állapot nem alkalmas tartós üzenet hordozására. Az a feltevés pedig, hogy a víz nanoszerkezetével képes modulálni az endogén rendszereket ellentmond a mai tudományos ismereteknek, hiszen akkor mi magyarázná a gyógyszermolekulák specifikus hatékonyságát, melyek éppen úgy képesek célhelyükre bekötni, hogy kiszorítják a vizet a kötőhely felől.

Léteznek az irodalomban tanulmányok (főként esetleírások), melyek vizsgálják a homeopátiás szerek hatékonyságát, azonban a kevés elemszám vagy a jól megválasztott statisztikai próbák miatt ezek az eredmények fenntartással kezelendők [8,9,10]. A bizonyítékokon alapuló orvoslás (evidence-based medicine) elveire épülő Cochrane adatbázis [11], mely az azonos témájú randomizált klinikai vizsgálatok meta-análízisét végzi, sem talált megalapozott bizonyítékot a homeopátiás gyógymódok hatékonyságát illetően.

Mindenesetre akármilyen módon is működnek ezek a szerek, annyi bizonyos, hogy semmiképpen nem hanyagolható el a szedésükkel járó placebo hatás, azaz olyan mérhető, megfigyelhető, vagy érezhető javulás az egészségi állapotban, mely nem a kezelés eredménye. Ezt egyik tanulmány sem zárja ki. A homeopátiás szerek hatásmechanizmusának tartott, a szervezet „öngyógyító rendszereit” aktiváló hatása ilyen értelemben tekinthető a placebo jelenségek egyik formájának. E hatás fontosságát pedig a hagyományos orvoslást követői sem vitatják. Placebo hatás működhet minden olyan

szervrendszeren, mely idegrendszeri szabályozás alatt áll (nem hatékony pl. genetikai károsodások, szövetkárosodások, patogének okozta fertőzések esetén). Elsősorban a pszichoszomatikus betegségekben figyelhető meg erős placebo hatás úgy, mint: különböző központi idegrendszert érintő betegségekben (pl. depresszió, szorongás, fájdalom), szív-, és érrendszeri megbetegedésekben (pl. angina pectoris, ritmuszavar, vérnyomáscsökkenés), gyomor-bélrendszeri tünetekre (pl. gyomorfekély, bélmozgás zavarok), immunrendszerre (pl. szénanátha, allergia, láz, rheumatoid arthritis). Azt, hogy a placebo pszichobiológiai úton hatva működik pl. fájdalomcsillapításban, depresszióban, motoros károsodások (Parkinson-kór) esetén illetve az immunrendszer modulálásában már egyértelműen és többféleképpen bebizonyították [12,13,14]. Ez azt jelenti, hogy placebo szerek vagy kezelés hatására beindulnak a szervezetben bizonyos endogén rendszerek (pl. ingerületátvivő anyagok szabadulnak fel, különböző agyterületek mutatnak fokozott aktivitást), melyek következtében a beteg tünetei jelentősen javulnak.

Meg kell azonban jegyezni, hogy ahogy a konvencionális gyógyszerek között is van hatásbeli különbség ember-ember között, úgy a homeopátiás szerek sem azonos hatásfokkal segítenek mindenkinek. A placebo hatásban is létezik ugyanis egyéni különbség, vannak akik fogékonyabbak rá és vannak akik kevésbé (a populáció kb. 33%-a „placebo-responder”). Mivel a placebo ugyanazon idegpályákat befolyásolja, mint amit az opiátok, így valószínű, hogy ezekre a szerekre jól reagáló egyének hatékonyabb endogén fájdalomcsillapító rendszerrel rendelkeznek [15], így esetükben a homeopátiás szerek is hatékonyak bizonyulhatnak.

A komplementer gyógymódok esetén, így a homeopátiánál is figyelembe kell venni az ún. nem-specifikus terápiás hatásokat. A legfőbb ok, amiért egy beteg komplementer terápia után néz az az, hogy elégedetlen a hagyományos orvoslással (betegséghez való elégtelen hozzáállás, rossz orvos-beteg kapcsolat, gyógyszer mellékhatások miatt). A homeopata orvos pedig hosszú, gondos kikérdezés után egyénre szabott terápiát ír elő. Ennek a megkülönböztetett és humanizált orvos-beteg kapcsolatnak pedig rendkívül pozitív hatása van [16,17,18].

Összevetve a tényeket és eredményeket mindenképpen egyetérthetünk abban, hogy a gyógyuláshoz a konkrét hatóanyagon túl számos egyéb tényező is szükséges. Fontos az orvos és az egészségügyi személyzet hozzáállása, a beteg gondozás minősége és természetesen a beteg pszichés állapota is. Hiszen abban a modern kor orvosai is egyetértenek, hogy a gyógyulási folyamathoz elengedhetetlenek a lelki tényezők és a pozitív hozzáállás. Így, ha a klasszikus hippokratészi „Nil nocere!”, azaz „Ne árts!” elvet követjük, akkor a homeopátiának megvan a helye a mai kor komplementer gyógymódjai között.

Irodalomjegyzék

1. A Magyar Tudományos Akadémia Orvosi Tudományok Osztályának állásfoglalása. Komplementer medicina – a bizonyítékokon alapuló orvoslás elvei alapján. Orvosi Hetilap 152(30): 1197–1204. 2011.
2. Népjóléti Minisztérium hatályos rendelete 11/1997 V. 28. - a természetgyógyászati tevékenység gyakorlásának egyes kérdéseiről
3. **Andrew Lockie:** A Homeopátia Enciklopédiája, Athenaeum 2000 Kiadó, Pannonica Kiadó 2007.
4. 52/2005. (IX.18.) EüM rendelet az emberi alkalmazásra kerülő gyógyszerek forgalomba hozataláról. 9§
5. **Davenas, E., Beauvais, F., Amara, J., Oberbaum, M., Robinzon, B., Miadonna, A., Tedeschi, A., Pomeranz, B., Fortner, P., Belon, P., Saintelaudy, J., Poitevin, B., Benveniste, J.:** Human basophil de-granulation triggered by very dilute antiserum against IgE. Nature 333(6176): 816-818. 1988.
6. **Luc Montagnier, Jamal Aissa, Stephanie Ferris, Jean-Luc Montagnier, Claude Lavallée:** Electromagnetic signals are produced by aqueous nanostructures derived from bacterial DNA sequences. Interdiscip Sci Comput Life Sci 1:81-90. 2009.

7. **Cowan M.L., Bruner B.D., Huse N., dwyer j.R., Chugh B., Nibbering E.T., Elsaesser T., Miller R.J.:** Ultrafast memory loss and energy redistribution in the hydrogen bond network of liquid H₂O. *Nature* 434: 199-202.
8. **Mishra N., Muraleedharan C.K., Paranjpe A.S., Munta D.K., Sign H., Nayak C.:** An exploratory study on scientific investigations in Homeopathy using medical analyzer. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine* 17(8): 705-710. 2011.
9. **Adler UC., Paiva N.M.P., Ceasar A.T., Adler M.S., Molina A., Padula A.E., Calil H.M.:** Homeopathic individualized Q-potencies versus fluoxetine for moderate to severe depression: double-blind, randomized non-inferiority trial. *Evidence Based Complementary and Alternative Medicine*. 1-7. 2011.
10. **Taylor J.A., Jacobs J.:** Homeopathis ear drops as an adjunct to standard therapy in children with acute otitis media. *Homeopathy*. 100(3): 109-115. 2011.
11. **The Cochrane Collaboration-** Cochrane Database os Systematic Reviews. www.cochrane.org/reviews
12. **Benedetti F., Mayberg H.S., Wager T.D., Stohler C.S., Zubieta J.K.:** Neurobiological mechanisms of the placebo effect. *The Journal of Neuroscience*. 25(45):10390-10402. 2005.
13. **Wager T.D., Rilling J.K., Smith E.E., Sokolik A., Casey K.L., Davidson R.J., Kosslyn S.M., Rose R.M., Cohen J.D.:** Placebo-induced changes in fMRI in the anticipation and experience of pain. *Science*. 303: 1162-1167. 2004.
14. **Benedetti F., Amanzio M.:** The placebo response: How words and rituals change the patient's brain. *Patient Education and Counseling* 84: 413-419. 2011.
15. **Petrovic P., Kalso E., Petersson K.M., Ingvar M.:** Placebo and opioid analgesia-Imaging a shared neuronal network. *Science*. 295: 1737-1740. 2002.
16. **Teixeira M.Z., Guedes C.H.F., Barreto P.V., Martins M.A.:** The placebo effect and homeopathy. *Homeopathy*. 99: 119-129. 2010.
17. **Marian F., Joost K., Saini K.D., Ammon K., Thorneysen A., Busato A.:** Patient satisfaction and side effects in primary care: An observational study comparing homeopathy and conventional medicine. *BMC Complementary and Alternative Medicine* 8:52. 2008.
18. **Launso L., Henningsen I., Rieper J., Brender H., Sando F., Hvenegaard A.:** Expectations and effectiveness of medical treatment and classical homeopathic treatment for patients with hypersensitivity illnesses- one year prospective study. *Homeopathy* 96:233-242. 2007.

Vércukorszint-szabályozás és anyagcsere kapcsolata

Serfőző Gyöngyi

adjunktus

SZTE Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar

Alkalmazott Orvostudományi Szakcsoport

e-mail: serfozogy@etszk.u-szeged.hu

Az emberi szervezet egyensúlyának fenntartásához az egyik fontos tényező a vércukor megfelelő szintjének állandó biztosítása (3,3-6 mmol/l).

Az agyunk a legnagyobb glükóz fogyasztó, ezért számára különösen létfontosságú a megfelelő glükóz ellátottság, amihez a vérből tud hozzájutni. Ha lecsökken a vérglükózsztint, az agy nehezen tolerálja azt, rendkívüli éhség, szédülés lesz a következmény. Az eredmény az, hogy legtöbbször nem tudja megállni az ember, hogy ne egyen egy kis édességet vagy más szénhidráttartalmú ételt.

Az egyszerű cukrokban gazdag ételek és italok rövid idő alatt felszívódnak és gyorsan meg tudják emelni a vércukorszintet és így újra biztosított lesz az agy energiához jutása.

Ha ezzel szemben nem veszünk magunkhoz szénhidráttartalmú ételt, akkor a máj – érzékelve az alacsony vérglükóz értéket – fokozottabban kezdi bontani a raktározott glikogénkészleteit. A májban raktározott kb. 100 g-nyi glikogén egy nagyon fontos tartaléktápanyag, amely sokkal mobilisebb, mint a zsírszövet. A glikogén lebontásával (glikogenolízissel) közvetlenül glükózhhoz juthatunk, amelyet a máj sosem használ fel saját energiaellátására, helyette a homeosztázis fenntartása céljából vércukorként biztosít.

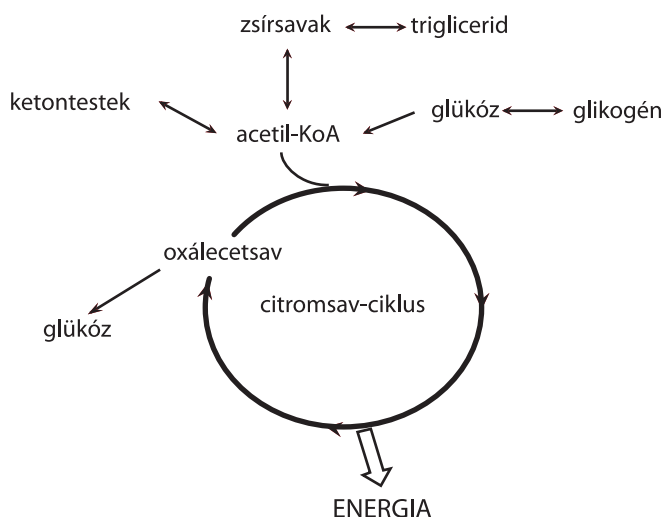
A glikogenolízissel párhuzamosan aktiválódik egy másik folyamat is, melynek termékeként glükózt kapunk. Itt azonban nem makromolekulák (glikogén) egyszerűbbé darabolásával jutunk ehhez a monoszacharidhoz, hanem egyszerűbb molekulákból építjük fel azt. Ez a folyamat a glükóz „újraszintézise”: a glükoneogenezis. A glükóz szintézis ezen útjához olyan anyagok szolgálhatnak megfelelő kiindulási anyagnak, amelyek más anyagcsere utak közttermékei, végtermékei és egyes fehérjealkotó aminosavak is.

Ha alacsony a vércukorszint, a máj a glikogenolízis és a glükoneogenezis folyamataival biztosítja a normál szint helyreállítását.

A májglikogén bontása természetesen akkor jöhet szóba lehetőségként vércukorszint emelés céljából, ha rendelkezésre áll, vagyis feltöltött állapotban van a glikogénraktár. Éhezés állapotában, amikor nem áll rendelkezésre annyi energiaforrást biztosító makrotápanyag, amennyi fedezni tudná a napi energiaszükségletet, nem töltődik fel a máj glikogénraktára, így a glikogenolízis vércukorszint emelő hatása ilyen esetben nem adott lehetőségként. Marad a glükoneogenezis, amely azonban önmagában nem elég ahhoz, hogy annyi glükózt biztosítson, amely elegendő az egészséges vércukorszint fenntartásához és elegendő legyen az agy és más sejtek energiaigényének ellátásához.

Éhezésben ezért más, alternatív energianyeresi útvonalak is aktiválódni fognak.

A legtöbb testi sejt – ha korlátozottan is – képes trigliceridekből származó zsírsavak lebontásából fedezni a szükséges energiát, melyek lebontásával ún. acetil-koenzimA vegyület keletkezik. Az agyszövet azonban nem képes erre. Számára egyedüli alternatív energiaforrást a ketontestek tudják nyújtani. Ezek a vegyületek normálisan csak nagyon kis mennyiségben vannak jelen a vérplazmában, éhezésben azonban jelentőségük megnő, koncentrációjuk nagymértékben megemelkedik és a vizeletből is kimutatóak lesznek. Ketontesteket a májsejtek akkor készítenek fokozottan, amikor a citromsav-ciklusban keletkező közttermékek egy része



felhasználódik a glükóz újraszintézisére, így nem biztosított a ciklus fenntartása. A ciklus egyik kiindulási anyaga az acetyl-koenzimA, ez felszaporodik (fokozott zsírsav-oxidáció miatt) és nem tud továbbalakulni, mivel a másik kiindulási vegyület - az oxálcetsav - nem áll rendelkezésre, mert a glükoneogenezis folyamata felhasználta azt. A nagy mennyiségű acetyl-koenzimA-ból ekkor fognak ketontestek képződni. A ketontestek vízdékony kis molekulájú vegyületek, átjutnak a vér-agy gáton, így az agyszövet számára megfelelő energiaforrást jelentenek, bár nem biztosítanak olyan sok energiát, mint a glükóz.

A ketontestek fokozott képzése és felhasználása azt jelzi, hogy a sejtek nem jutnak hozzá a glükózhoz mint energiaforráshoz elegendő mennyiségben. A lipidek fokozott bontásával párhuzamosan tehát a ketontestek is fontos szerepet kapnak az energiaigény biztosításában.

Az agyszövetnek időre van szüksége ahhoz, hogy a kizárólagos glükóz-felhasználásról áttérjen a ketontestekből való energianyerésre. Ez az adaptáció eltarthat, néhány naptól néhány hétig. Adaptáció után az elsődleges energiaforrás - közvetve vagy közvetlenül - lipid lesz: a zsírsejtekben raktározott trigliceridből származó zsírsavak, illetve az ezekből képződő ketontestek.

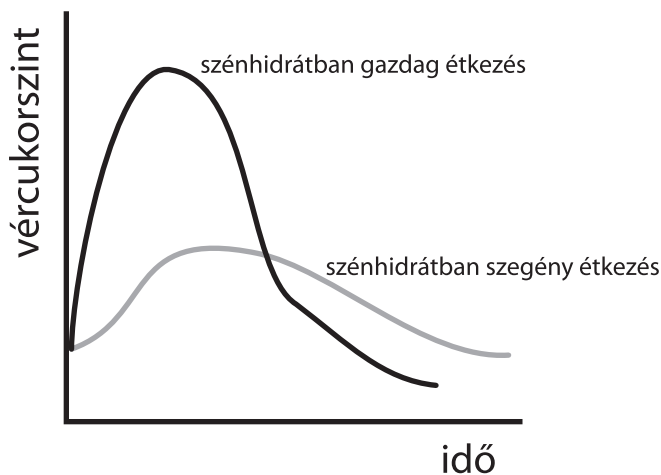
A fenti mechanizmus nemcsak éhezéskor, hanem a nagyon alacsony szénhidrátbevitelt előíró diétáknál is megfigyelhető. Ezek előnyeként meg szokták említeni, hogy a szénhidrátbevitel radikális korlátozásával elérhető a vércukorszint ingadozásának elkerülése, így az éhségérzet is minimálisra csökken.

Amikor bőséges a tápanyagforrás és a szénhidrátbevitel fokozott, a fentiekkel ellentétes folyamatok játszódnak le.

A máj először feltölti a glikogénraktárát, a fennmaradó glükóz pedig a sejtekhez vércukor formájában fog eljutni. A sejtek felveszik a glükózt és a lebontásával (glikolízis) saját anyagcsere-folyamataik energiáját fogják biztosítani. Ha ezen felül is marad még felhasználható glükóz, az át fog alakulni zsírsavvá. A glükóz lebontásával is acetyl-koenzimA molekula képződik, melynek átalakulása a citromsav-ciklusban energia képződését biztosítja. Ha elegendő a sejtek energiaellátottsága, akkor ez a folyamat gátlódik és a képződő acetyl-koenzimA így - azonnali energiaigény

nem lévén - nem a citromsav-ciklusban alakul tovább, hanem zsírsav képződik belőle, amely azután trigliceriddé alakulva a zsírsejtekben tárolódik.

Az energiaraktározási folyamatokat az inzulin hormon segíti elő. Legfontosabb feladata, hogy - különböző mechanizmusokon keresztül - biztosítsa a vérglükóz koncentrációjának megfelelő szintre csökkentését. Ha gyorsan felszívódó szénhidrátokban gazdag volt az elfogyasztott étel, akkor a gyors vércukor-emelkedésre, gyors inzulinválasszal reagál a szervezet. Ennek következtében a vércukorszint rövid időn belül visszatér a szénhidrátfogyasztás előtti szintre vagy az alá és



újra jelentkezik az éhségérzet, amely ismételt cukorfogyasztáshoz vezethet.

Célszerű tehát elkerülni a túlzott vércukorszint ingadozást, amit a gyorsan felszívódó finomított szénhidrátok fogyasztása és a túlzott inzulinválasszal vált ki.

A szervezet tehát képes éhezéskor felhasználni és bőség idején felhalmozni a zsírraktárát. Ez az összetett mechanizmus az evolúció során igen hasznosnak bizonyult, a fejlett világ országaiban azonban ennek a rendszernek jellemzően inkább a hátrányait tapasztalhatjuk meg az elhízás mint népbetegség rohamos terjedéseként.

Irodalomjegyzék

1. **Ádám Veronika:** Orvosi Biokémia (Medicina 2004)

Útmutató az Acta Sana szerzői számára

A folyóirat célja: Az Acta Sana lektorált folyóiratként összefoglaló közleményeket, eredeti tudományos munkákat és esetismertetések közöl. Előnyben részesülnek azok a közlemények, melyek az ápolói, védőnői, fizioterápiás és szociális munka elméletéhez és gyakorlatához, valamint képzéséhez kapcsolódnak.

Közzöljük még hallgatóink Országos Tudományos Diákköri Konferencián díjazott előadásait közlemények formájában, beszámolókat országos és nemzetközi konferenciákról.

A kéziratok elbírálásának és elfogadásának joga a szerkesztőséget illeti. Az útmutató gondos tanulmányozása és a kéziratnak az abban foglaltak szerinti elkészítése meggyorsítja a kéziratok szerkesztőségi feldolgozását.

Kézirat nyelve: magyar (magyar és angol nyelvű összefoglalóval), vagy angol (magyar szerző esetén magyar és angol nyelvű összefoglalóval; külföldi szerző esetén csak angol nyelvű összefoglalóval).

A kéziratokat elektronikus formában kérjük beküldeni. Az illusztrációkat (számítógéppel rajzolt ábrák, táblázatok, grafikonok) külön fileként, fekete-fehér színben, jól elkülöníthető formában kérjük elküldeni. A fotók reprodukálásához eredeti papírképet, esetleges elektronikus hordozón a már digitálisan feldolgozott képet szükséges csatolni. A használt szoftver megjelölése kívánatos. A Microsoft Office program csomag használatát kérjük.

A kézirat tartalmazza: 1. címlap; 2. magyar összefoglalás, kulcsszavak; 3. angol összefoglalás (angol címmel), key words; 4. rövidítések jegyzék (ha van); 5. szöveg; 6. irodalomjegyzék; 7. táblázatok; 8. ábrák; 9. ábrák, külön mellékletként.

Forma és stílus: Az oldalszámozást a címlaptól kezdve folyamatosan kell megadni. Az egyes felsorolt tételeket külön lapon kell kezdeni.

1. A címlapon sorrendben a következők szerepeljenek: a kézirat címe, mely rövidítést nem tartalmazhat, a szerzők neve- az utolsó szerző neve előtt "és"- a szerzők munkahelye (feltüntetve a város is), pontos utalással arra, hogy mely szerző mely munkahelyen dolgozik.

2-3. Az összefoglalást magyar és angol nyelven kell beküldeni, külön-külön lapon. Nem tartalmazhat rövidítéseket. Megszerkesztésénél az alábbiakat kell figyelembe venni:

"Bevezetés", "Célkitűzés", "Módszer", "Eredmények" és "Következtetések" lényegre törő megfogalmazása történjék oly módon, hogy csupán az összefoglalás elolvasása is elegendő legyen a dolgozat lényegének megértéséhez. Az összefoglalókat kérjük a fentiek szerint egyértelműen tagolni. A magyar és angol összefoglalás hossza igazodjon egymáshoz, az egy szabvány gépelt oldalt - külön-külön - ne haladják meg.

Az egészségtudománnyal kapcsolatos közleményekben az Index Medicusban használt kulcsszavakat kell alkalmazni.

4. A kéziratban előforduló, nem általánosan elfogadott rövidítésekről külön jegyzéket kell készíteni.

5. A kézirat világos szerkesztése különösen fontos az olvasó számára. Az eredeti közleménynél a bevezetőben néhány mondatban meg kell jelölni a kérdésfelvetést. A részletes történelmi bevezetést kerülni kell.

6. A módszertani részben világosan és pontosan kell leírni azokat a módszereket, amelyek alapján a szerzők az eredményeket megkapták. Amennyiben a módszereket már közzétették, csak a metodika alapelveit kell közölni, hivatkozva a megfelelő irodalomra.

A statisztikai módszereket és azok irodalmát is meg kell adni.

Az eredmények és megbeszélés részeit külön és világosan kell megszerkeszteni.

A megbeszélés rész legyen kapcsolatban az idevonatkozó legújabb ismeretanyaggal, valamint azokkal a megállapításokkal, amelyekből a szerzők a következtetéseket levonták. Az eredmények újszerűsége világosan tűnjön ki.

A módszerek, eredmények, megbeszélés részek megfelelő alcímeket kapjanak.

A közlemények hossza a 10 szabvány (1800 karakter/oldal) gépelt oldalt nem haladhatja meg.

7. Irodalmi hivatkozások. Az irodalmi hivatkozásokat a legújabb eredeti közleményekre és összefoglalókra kell korlátozni. Csak azok az irodalmi hivatkozások sorolhatók fel, melyekre a szövegben utalás történt és direkt kapcsolatban vannak a kutatott problémával. A hivatkozásokat idézettségük

sorrendjében kell megadni, az egyes tételeket új sorokban, sorközzel elválasztva. Háromnál több szerző esetén a három szerző neve után “és mtsai” (négy szerző esetén a harmadik szerző neve után “és mtsa”) írandó. A folyóiratok nevének nemzetközi rövidítését kell használni.

Példa:

Kovács I.: A védőnő szerepe a perinatalis halálozás prevenciójában. Orv. Hetil., 2002, 123, 1234-1238.

8. Az idézett hivatkozások száma maximálisan 30, amelytől eltérni csak különlegesen indokolt esetben lehet. A kézirat szövegében az utalás az adott tétel számának zárójelben való megadásával történjen.

Az irodalomjegyzék végén meg kell adni a levelező szerző nevét és pontos címét.

9. A táblázatokat címmel kell ellátni, minden táblázatot külön lapon kell megadni. A címben és a táblázatban szereplő esetleges rövidítések magyarázata a táblázattal egy lapon szerepeljen.

10. Valamennyi ábra címét és a hozzátartozó esteleges rövidítések magyarázatát egy közös lapon kell megadni.

Az ábrákon és a táblázatokon ugyanazon adatok ne szerepeljenek.

Ortográfia: A köznyelvben meghonosodott idegen szavak írhatók magyar helyesírás szerint, egyébként az etimológikus írásmód követendő.

A kézirat elfogadására akkor kerülhet sor, ha maradéktalanul megfelel az útmutatóban foglaltaknak.

Az Acta Sana évente két alkalommal jelenik meg: márciusban és októberben.

A kéziratok a Szerkesztőbizottsághoz július 15-ig, vagy december 15-ig nyújthatók be:

E-mail: apolasi@etszk.u-szeged.hu

Postai úton:

**Acta Sana Szerkesztősége,
SZTE Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar,
6726 Szeged, Temesvári krt. 31.**

Szerkesztőség

Guidelines to the Authors of Acta Sana

Aim of the journal: Acta Sana “Mens sana in corpore sano” - The Theory and Practice of Health and Social Care - is a peer-reviewed Scientific Journal of the University of Szeged, Faculty of Health Sciences and Social Studies. The journal carries comprehensive articles, original scientific papers and case studies. Papers connected to the education, theory and practice of nursing, health visiting, physiotherapy and social work are preferred. Awarded *National Scientific Student Conference* presentations by the students of the Faculty are published as papers, as well as accounts on home and international conferences. The editorial board reserves the right to judge and accept manuscripts. Studying this guide and preparing the manuscript according to it will accelerate the editing processing.

The language of the manuscript: Hungarian (with abstract written in Hungarian and English) or English (with abstract written only in English).

Manuscripts should be sent in electronically. Please, attach the illustrations (computer drawings, charts, diagrams) as separate files in well differentiated black and white form. In case of photographs, please send the paper pictures but you may send electronically processed images, too. You should also indicate the software used. Please use the Microsoft Office package.

The manuscript includes: 1 the title page, 2 English summary (with English title) and keywords, 3 a list of abbreviations (if needed), 4 text, 5 list of literature, 6 charts, 7 list of diagrams, and 8 diagrams separately.

Format and style:

Pages should be numbered continuously starting from the title page. Individual items should be listed on separate pages.

1. The following should appear on the title page in this order: the title of the manuscript without any abbreviations, the name of the author(s) with an “and” before the last one, the workplace of the authors.

- 2-3. The summary should be sent in Hungarian and /or in English in separate pages. They should not contain abbreviations. The following should be taken into consideration: the “introduction,” “aims,” “methods,” “results,” and “conclusions” should be formulated briefly so that the reader be able to understand the gist of the paper by reading the summary only. The summary should be divided clearly to show these parts. The Hungarian and English version should look similar and they should not be longer than a standard typed page each.

Keywords in Index Medicus should be used in papers on medicine.

4. A separate list should be made on abbreviations that are not generally accepted.

5. A clear layout is especially important for the reader. The raised question should be formulated in a few sentences in the beginning of the main part of the paper. Detailed historic introduction should be avoided.

6. In the part of the methodology, the implemented methods that led to the results should be described clearly and accurately. If the methods were published earlier, only the basic principles should be outlined referring to the adequate literature. Statistical methods and their literature should also be added. The results and discussion parts should be edited separately and clearly. The discussion should be connected to the latest adequate information and to the statement that the authors sed to make their conclusions. The novelty of the results should be evident. The methods, results and discussion should be completed with suitable subtitles. The length of the paper should not exceed ten standard (1,800 characters/page) typed pages.

7. References. The list of literature should be limited to the latest original publications and summaries. Only those references can be listed among the literature which are referred to in the text and are in direct connection with the discussed issue. The references should be put in the order of their appearance in the text. Each item should be written in new lines divided by empty lines. In case of more than three authors, “et al.” should be written after the third author. As for journals, their international abbreviation should be used.

Example:

Kovács I.: A védőnő szerepe a perinatalis halálozás prevenciójában. Orv. Hetil., 2002, 123, 1234-1238.

8. The number of references cannot be more than 30, from which you can deviate only in a special, justifiable case. Numbers in brackets in the text should indicate references. At the end of the references, the correspondent author's name and full address must be added.

9. Charts should have titles and each chart should be on a separate page. The explanation of the abbreviations – if any – in the title and the chart should appear on the same page as the chart.

10. All titles and explanations of abbreviations that belong to diagrams should be put on a common page.

The same data should not appear in the diagrams and in the charts.

Orthography: Common foreign words can be written according to the rules of Hungarian spelling otherwise etymological spellings should be followed.

Papers are accepted only if they fully comply with these guidelines.

Acta Sana is published two times per year: in March and October.

The manuscripts should be submitted to the Editorial Board no later than 15 of July or 15 of December:

E-mail: apolasi@etszk.u-szeged.hu

Address:

Acta Sana Szerkesztősége,

SZTE Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar,

6726 Szeged, Temesvári krt. 31.

Editors